Señores

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES**

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

| | |
|---|---|
| **REFERENCIA**: | ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO |
| **RADICACIÓN**: | 2024072539 |
| **EXPEDIENTE:** | 2024-10476 |
| **DEMANDANTE**: | JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO |
| **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, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,** tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA** formulada por JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO en contra de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y a su reforma, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

## I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA REFORMA A LA DEMANDA

**FRENTE AL HECHO "PRIMERO":** Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se hacen en el presente numeral, me pronunciaré de la siguiente manera:

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante con relación al crédito allí enunciado, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Sobre el particular, debe advertirse que el Banco BBVA y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. son personas jurídicas diferentes. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios

de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

- Es cierto lo manifestado en el hecho respecto de la existencia de una póliza de seguros de vida grupo deudor y que fue tomada por el señor Cantillo Tesillo. Sin embargo, desde este momento, la Honorable Delegatura debe tener en cuenta que el señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como Diagnóstico de omoalgia bilateral de predominio derecho año 2020, cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021. Se aclara entonces 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. Por lo anterior, 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.

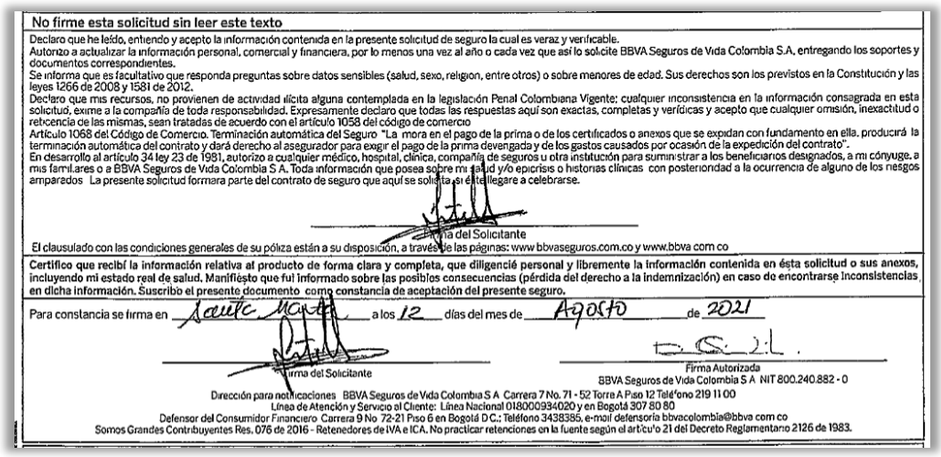
**FRENTE AL HECHO "SEGUNDO":** Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se hacen en el presente numeral, me pronunciaré de la siguiente manera:

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

Además de lo anterior, por forma en que se redacta el presente hecho, debe advertirse desde ya al Despacho que la solicitud de los seguros ocurrió de manera libre y voluntaria, de tal suerte que en el mismo documento de la solicitud/certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 022600000015737 que está debidamente firmado el 12 de agosto de 2021, obra la doble firma del hoy demandante, en señal de aceptación de dos cosas: (i) la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y (ii) la certificación de que recibió la información respecto

al producto adquirido, esto es el seguro deudor: veamos:

- **DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDOR No. 022600000015737**



No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable.
Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes.
Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religion, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.
Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio
Artículo 1068 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".
En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados La presente solicitud formara parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

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

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 Cartagena a los 12 días del mes de Agosto 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 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.

**Transcripción parte esencial:** *"No firme esta solicitud sin leer este texto. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio"*

- No es cierto que el señor Jesús David Cantillo no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud/certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 022600000015737 que está debidamente firmado el 12 de agosto de 2021, pues allí se dejó expresa anotación indicando que "el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página www.bbvaseguros.com.co". Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad.

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

- **Es cierto** lo manifestado en el hecho respecto a que el señor CANTILLO TESILLO declaró no haber padecido ninguna enfermedad pese a que cursaba con padecimientos de salud anteriores a la declaración de asegurabilidad, esto es Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en

dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021. Pues así se desprende los formularios de asegurabilidad respectiva, esto es tanto la suscrita en el mes de agosto de 2021 que amparó la obligación **8979. Es por lo anterior que solicito a la Honorable Delegatura tener tal circunstancia como un hecho confeso en los términos del artículo 193 del C.G.P. y por tanto, solicito desde este momento que se apliquen las consecuencias negociales previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO "TERCERO":** Es cierto lo manifestado en el hecho respecto a que el señor CANTILLO TESILLO declaró no haber padecido **ninguna** enfermedad pese a que cursaba con padecimientos de salud anteriores a la declaración de asegurabilidad suscrita en el mes de agosto de 2021, esto es Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021. Es por lo anterior que solicito a la Honorable Delegatura tener tal circunstancia como un hecho confeso en los términos del artículo 193 del C.G.P. y por tanto, solicito desde este momento que se apliquen las consecuencias negociales previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin embargo, no es cierto que el señor Jesús David Cantillo no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud/certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 022600000015737 que está debidamente firmado el 12 de agosto de 2021 se dejó expresa anotación indicando que "el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página www.bbvaseguros.com.co". Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad.

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

**FRENTE AL HECHO "CUARTO":** Es cierto que el señor Jesús David Cantillo Tesillo para el año 2023 le realizaron junta médico militar de la cual se emitió calificación de pérdida de capacidad laboral al 14 de febrero de 2024**.** Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración, que, el señor Jesús David Cantillo Tesillo fue reticente en virtud de que no declaró

sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión como asegurado en el contrato de seguro. La anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes y enfermedades que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato eran relevantes y conllevaron a que el demandante fuera calificado con una pérdida de capacidad laboral superior al 50%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la existencia de sus antecedentes médicos como Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021. En este sentido, basta con examinar las anotaciones de la junta medica del señor Jesús David Cantillo Tesillo que reposan en el mismo dictamen de pérdida de calificación laboral para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**FRENTE AL HECHO "QUINTO":** Es cierto. Sin embargo, lo cierto es que en este caso deberán declararse nulo el aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Se tiene entonces que el demandante fue reticente, debido a que, en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado. Por lo anterior, 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.

**FRENTE AL HECHO "SEXTO":** Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se hacen en el presente numeral, me pronunciaré de la siguiente manera:

- Si bien es cierto que el marzo de 2024 se presentó solicitud de indemnización ante mi representada, esta misma fue objetada el 06 de marzo de 2024, ya que en el Dictamen JML No. 021-2024 aportado como anexo de la misma, se encontró que el señor Jesús David Cantillo Tesillo fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues el señor Quiroga Suárez registra antecedentes médicos como Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021.

- Ahora bien, también es cierto lo manifestado en el hecho respecto a la respuesta emitida por mi representada. El señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO suscribió la declaración de asegurabilidad No. 9623498979 correspondiente Al Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737 el día 12 de agosto de 2021, bajo las siguientes premisas:

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

    - Expresamente declaro que todas las respuesta aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión inexactitud y reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

    - En desarrollo al artículo 34 Ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita si este llegare a celebrarse.

    - 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 de la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

De lo anterior claramente se evidencia que, el señor Jesús David Cantillo Tesillo, certificó que recibió información clara y completa sobre los productos, en tal sentido, se encuentra demostrada la reticencia del asegurado, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021. Por todo lo anterior no existe entonces sustento alguno para declarar la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

**FRENTE AL HECHO "SEPTIMO":** No es cierto que los padecimientos que fueron tenidos en cuenta para la calificación de la pérdida de capacidad laboral del asegurado fueran desconocidos por él, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737. Como se evidencia en el Acta de Junta Médica Laboral 021-2024, los diagnósticos que sustentan la calificación presentan antecedentes médicos que datan de varios años antes de las fechas de suscripción de dichas pólizas, y en algunos casos, incluso más de una década antes. En particular, la hipoacusia neurosensorial bilateral tiene su origen al menos desde el año 2011, cuando el propio asegurado manifestó haber comenzado a notar una disminución de su capacidad auditiva tras una exposición prolongada a ruidos de alto nivel entre 2002 y 2011. Del mismo modo, su antecedente de fractura en la mano derecha y la cirugía artroscópica de rodilla derecha se remontan al año 2011, lo que demuestra que las secuelas derivadas de estas patologías no fueron adquiridas con posterioridad a la suscripción del seguro, sino que existían previamente. Incluso el trastorno del disco lumbar con radiculopatía, aunque diagnosticado formalmente en 2023, se evidencia en la historia clínica del asegurado con un dolor lumbar progresivo de al menos cinco años de evolución, lo que demuestra que no se trató de una afección reciente sino de un padecimiento crónico del que ya tenía conocimiento antes de la fecha de aseguramiento.

En consecuencia, no es cierto que el asegurado desconociera estos antecedentes médicos ni que hayan sido diagnosticados únicamente después de la suscripción de la póliza. La información contenida en el Acta de Junta Médica Laboral 021-2024 desvirtúa cualquier afirmación en sentido contrario, pues allí se documentan claramente diagnósticos preexistentes que fueron omitidos al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad. Por tanto, la conducta del asegurado encuadra en la causal de reticencia establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio, dado que ocultó información relevante para la evaluación del riesgo asegurado, afectando de manera directa la decisión de la aseguradora sobre la aceptación y condiciones de la póliza. Este punto será desarrollado a profundidad en la excepción de NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO, donde se demostrará que la omisión de estos antecedentes configuró un vicio en la formación del contrato de seguro, lo que conduce a su ineficacia y, por tanto, a la inexistencia de la obligación indemnizatoria por parte de BBVA Seguros.

**FRENTE AL HECHO "OCTAVO":** No es un hecho, es una afirmación subjetiva de la labor del señor Jesús Cantillo en las fuerzas militares, sin embargo, deberá tenerse en cuenta por parte de la Honorable Delegatura que este hecho re-afirma que el asegurado Jesús Cantillo no solo tenía antecedentes médicos derivados de su labor militar, sino que además omitió en su declaración de asegurabilidad patologías relevantes y preexistentes que afectaban el riesgo asegurado. Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores

al 2021, evidenciando una reticencia que conlleva a la nulidad del contrato conforme al artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO "NOVENO":** No es cierto que en las respuestas emitidas por mi representada no se señalara que la información de las preexistencias medicas es relevante de cara a reticencia del asegurado, pues estas fueron especificas en indicar que en el Dictamen JML No. 021-2024 aportado como anexo de la misma, se encontró que el señor Jesús David Cantillo Tesillo fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues el señor Quiroga Suárez registra antecedentes médicos como Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021.

Luego, el demandante incumplió con el deber de informar a la compañía sobre sus antecedentes médicos y deberá darse aplicación a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior atendiendo a las propias evidencias que se observan en el plenario, entre tanto, el señor CANTILLO TESILLO omitió referir sus patologías como ya se ha puesto de presente. Basta con verificar la declaración de asegurabilidad del 12 de agosto de 2021 en donde se encuentra que el demandante marco la casilla "NO" frente a cada una de las patologías enlistadas y en cualquier caso omitió referir cualquiera que no estuviese dentro de dicha lista.

Adicionalmente se precisó que el señor Jesús David Cantillo Tesillo, cuenta con padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, 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. Por lo anterior, 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.

## II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO, esto es, la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737, debe declararse nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que el mentado señor suscribió el certificado individual de seguro.

**Respecto de la demanda inicial que no fue reformada:**

**OPOSICIÓN A LA PRIMERA PRETENSIÓN: ME OPONGO** a 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 efectiva la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737 vinculada a la obligación número 00130158009623498979, ante una clara reticencia en cabeza del asegurado quien omitió hacer manifestación alguna sobre sus patologías de Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021. Lo anterior conforme a las evidencias clínicas contenidas dentro del acta de junta médica laboral No. 021-2024 del 14 de febrero de 2024. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de las patologías descritas detalladamente en párrafos anteriores, se constituye en un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

**Respecto de la reforma a la demanda:**

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN "2°: ME OPONGO** la prosperidad la devolución de primas solicitada en tanto que esta pretensión resulta consecuencial a la pretensión principal y al ser aquella improcedente, esta también debe ser desestimada, además, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. tiene la facultad de retener la prima a título de pena, conforme al artículo 1059 del Código de Comercio, cuando un contrato de seguro es declarado nulo por reticencia. En este caso, Jesús David Cantillo Tesillo omitió información relevante sobre su estado de salud en su declaración de asegurabilidad, alterando la evaluación del riesgo por parte de la aseguradora. De haber conocido estas condiciones preexistentes, BBVA Seguros habría podido abstenerse de celebrar el contrato o imponer condiciones distintas. Por lo tanto, no procede la devolución de las primas cobradas con posterioridad a la solicitud de afectación de la póliza, pues su retención está amparada legalmente como consecuencia directa de la nulidad del contrato por reticencia.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN "3°: ME OPONGO** a la prosperidad de los intereses solicitados, en tanto que esta pretensión resulta consecuencial a la pretensión principal y al ser aquella improcedente, esta también debe ser desestimada.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN "4°:** En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias

en derecho.

## III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Me permito de manera enfática objetar el juramento estimatorio realizado por la parte demandante comoquiera que dicha estimación se encuentra lejos de ser una estimación razonada de la cuantía por cuanto es claro que, en este caso, el contrato de seguro debe ser declarados nulo debido a la reticencia con que el asegurado declaró el estado del riesgo.

De manera precisa, en cuanto el juramento estimatorio pretende servir como medio de prueba siempre que no sea objetado por la parte demandante, me permito indicar que de ninguna manera puede tenerse como prueba de las pretensiones las sumas relacionadas por el accionante. Como quiera que la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737 que amparó la obligación No. 00130158009623498979 está viciada de nulidad por reticencia.

Finalmente, tampoco es dable exigir el pago de intereses moratorios a partir de la fecha en que la accionante solicitó el pago del seguro pues habiéndose objetado oportunamente la petición, con fundamentos fácticos y jurídicos sólidos, es claro que la eventual obligación de mi representada no se encuentra acreditada y por lo mismo, los presuntos intereses solo podrían computarse a partir de una eventual sentencia, que así condene a la aseguradora.

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

## IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor **JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO**, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, tales como Diagnóstico de omalgia bilateral de predominio derecho año 2020; cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio anteriores al 2021, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al

perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

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

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

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

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

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*
***En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro."*** *(Subrayado fuera del texto original)*

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

*"En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

*Pese a lo anterior,* ***en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado****, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los*

*hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo,* ***de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro*** *o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora".* (Subrayado fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio*."[2] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*"Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará 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***

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

***consecuencia es la nulidad que debe declararse.*** *Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio*."[3] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

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

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

*"Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cumulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le*

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

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

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.

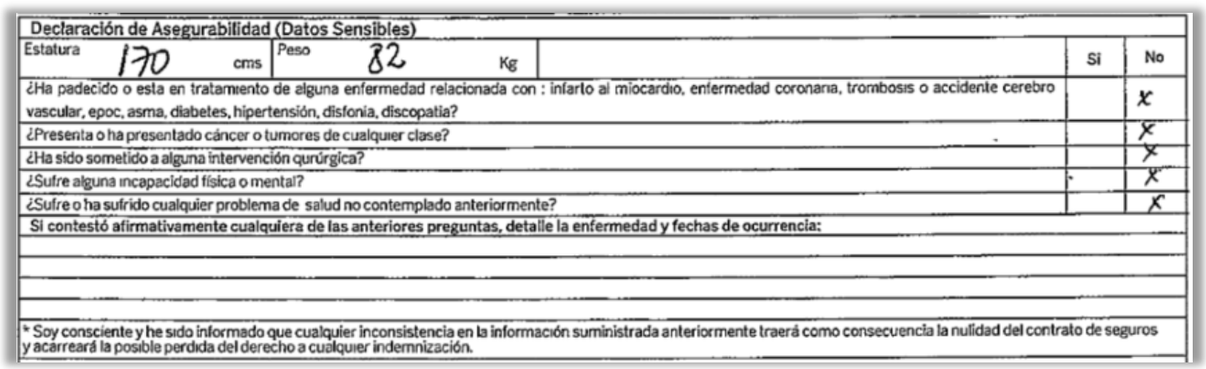
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formularon cuestionarios (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, el señor **JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO** las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor **CANTILLO TESILLO** conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 18 de enero de 2024 y al 12 de agosto de 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en las que se evidencia las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de Asegurabilidad del 12 de agosto de 2021 – Póliza Vida Grupo Deudor No. 022600000015737**



| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles) | | | |
|---|---|---|---|
| Estatura 170 cms | Peso 82 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 qurúrgica? | | | 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: | | | |
| * Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible perdida del derecho a cualquier indemnización. | | | |

***"Documento:*** *Declaración de asegurabilidad del 12 de agosto de 2021."*

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de

haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que la Honorable Delegatura tenga en cuenta que el señor **CANTILLO TESILLO** no informó a mi representada que padecía sendos padecimientos de salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, es decir, a pesar de que el señor CANTILLO TESILLO tenía sendos padecimientos de salud con anterioridad al 12 de agosto de 2021. Además, como se demostrará en el curso del proceso mediante la prueba que se allegue mediante la expedición de oficios que se solicitará, el señor ya tenía esas dolencias que omitió declarar.

Asi entonces veremos cómo los diagnósticos que se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral eran anteriores a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737.

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

**CONCLUSIONES.**

**A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas.**

1 . HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DERECHA.
2 . SE DESCARTA COLELITIASIS.
3 . ANTECEDENTE DE UROLITIASIS EPISODIO ÚNICO DE CÓLICO RENOURETERAL AUTOLIMITADO.
4 . ASINTOMÁTICO GASTROINTESTINAL. SE DESCARTA HEMORROIDES.
5 . ASINTOMÁTICO GASTROINTESTINAL. SE DESCARTA COLON IRRITABLE.
6 . ANTECEDENTE DE GASTRITIS CON PYLORI TRATADA Y RESUELTA. ASINTOMÁTICO GASTROINTESTINAL.
7 . ANTECEDENTE DE TRAUMA EN MANO Y MUÑECA DERECHA QUE OCASIONÓ FRACTURA DEL 4TO DEDO QUE DEJA COMO SECUELA DEFORMIDAD EN FLEXIÓN CON LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN. RX DE MANO FRACTURA CONSOLIDADA CON CAMBIOS SECUELARES DEDO ANULAR, RX DE MUÑECA SIN LESIÓN OSTEOARTICULAR.
8 . GONALGIA DERECHA RELACIONADA CON ANTECEDENTE DE ARTROSCOPIA Y RECONSTRUCCIÓN DE MENISCOS DE RODILLA DERECHA.
9 . LUMBAGO SECUNDARIO A TRASTORNO DEL DISCO LUMBAR CON RADICULOPATÍA DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MÉDICO.
10 . OMALGIA DERECHA SECUNDARIA A TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MÉDICO.
11 . SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MÉDICO.
12 . TRASTORNO DEL SUEÑO: INSOMNIO NO ORGÁNICO, EN MANEJO Y SEGUIMIENTO MÉDICO.
13 . SE DESCARTA TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. ACTUALMENTE CON TRASTORNO DE ADAPTACIÓN DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MÉDICO.
14 . DEFECTO DE REFRACCIÓN EN AMBOS OJOS QUE CORRIGE OD 20/50 Y OI 20/40.
15 . MIGRAÑA EN MANEJO Y SEGUIMIENTO MÉDICO.

**D. Imputabilidad del Servicio.**

De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/00, le corresponde:

| | | |
|---|---|---|
| 1 | . | LITERAL(B) EN EL SERVICIO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EP). |
| 2 | . | NO SE CALIFICA POR NO EXISTIR LESIÓN O AFECCIÓN. |
| 3 | . | LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EC). |
| 4 | . | NO SE CALIFICA POR NO EXISTIR LESIÓN O AFECCIÓN. |
| 5 | . | NO SE CALIFICA POR NO EXISTIR LESIÓN O AFECCIÓN. |
| 6 | . | LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EC). |
| 7 | . | LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (AC). |
| 8 | . | LITERAL(B) EN EL SERVICIO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EP). |
| 9 | . | LITERAL(B) EN EL SERVICIO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EP). |
| 10 | . | LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EC). |
| 11 | . | LITERAL(B) EN EL SERVICIO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EP). |
| 12 | . | LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EC). |
| 13 | . | NO SE CALIFICA POR NO EXISTIR LESIÓN O AFECCIÓN. |
| 14 | . | LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EC). |
| 15 | . | LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EC). |

**E. Fijación de los correspondientes índices.**

De acuerdo al Artículo 71 del Decreto 94/89, le corresponde los siguientes índices:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | . | Numeral 6 - 034 | Literal A. | Índice 5. |
| 2 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |
| 3 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |
| 4 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |
| 5 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |
| 6 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |
| 7 | . | Numeral 1 - 158 | Sin Literal. | Índice 1. Derecho |
| 8 | . | Numeral 1 - 191 | Literal A. | Índice 7. |
| 9 | . | Numeral 1 - 062 | Literal A. | Índice 10. |
| 10 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |
| 11 | . | Numeral 4 - 191 | Literal A. | Índice 5. |
| 12 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |
| 13 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |
| 14 | . | Numeral 6 - 053 | Sin Literal. | Índice 3. |
| 15 | . | No aplica asignación de índice lesional. | | |

**Documento:** *Acta de junta médica laboral 021-2024 – desglose literales.*

Las enfermedades, lesión y/o afección referidas en el cálculo final del porcentaje de pérdida de capacidad laboral con antecedentes anteriores a la fecha de declaración de asegurabilidad y que fueron asignadas en la calificación, corresponden a las siguientes:

1). Hipoacusia Neurosensorial derecha.

2.) Antecedente de trauma en mano y muñeca derecha que ocasionó fractura del 4to dedo que deja como secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión. Rx de mano fractura consolidada con cambios secuelares dedo anular, Rx de muñeca sin lesión osteoarticular.

3.) Gonalgia derecha relacionada con antecedente de artroscopia y reconstrucción de meniscos de rodilla derecha.

4.) Lumbago secundario a trastorno del disco lumbar con radiculopatía de manejo y seguimiento médico.

5.) Síndrome del túnel carpiano de manejo y seguimiento médico.

A continuación, se verá como cada una de las enfermedades que se relacionan en el acta de junta médico laboral, eran de pleno conocimiento del señor Cantillo por ser diagnosticadas con anterioridad al 12 de agosto de 2021, fecha en la que se suscribió la declaración de asegurabilidad de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737, veamos:

1. **DIAGNÓSTICO DE OMALGIA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO.**

**FECHA INICIACIÓN:** DOLOR Y PARESTESIAS EN MANOS CON ANT DE TRAUMA MANO AÑO 2022 / CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA DERECHA 2011 / DOLOR LUMBAR DE INICIO HACE 2 AÑOS SIN ANTENCEDENTES DE TRAUMA / FRACTURA EN DEDO MANO DERECHA 2001 / OMALGIA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO 2020.

**SIGNOS Y SINTOMAS:** DOLOR EN RODILLA DERECHA DURANTE ACTIVIDADES DIARIAS, PRESENTA BLOQUEO ARTICULAR Y EDEMA, ANT DE CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE MENISCOS EN 2011, NO ANTECEDENTES MEDICOS. SECUELAS DE FRACTURA EN DEDO ANULAR MANO DERECHA Y EPISODIOS DE DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO. APORTA ESTUDIOS DE EMG DE MSS NEUROPRAXIA DE MEDIANO LEVE, RMN DE RODILLA DERECHA CONCLUSIÓN: CONDROMALACIA DE BAJO GRADO. DEGENERACIÓN HIALINA DEL MENISCO EXTERNO. CAMBIOS DE INTENSIDAD DE SEÑAL A NIVEL DEL CUERNO POSTERIOR Y CUERPO DEL MENISCO INTERNO QUE AUSENCIA DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO PODRÍA ESTAR VINCULADO A ROTURA DEL MISMO. RX DE MANO FRACTURA CONSOLIDADA CON CAMBIOS SECUELARES DEDO ANULAR, RX DE MUÑECA SIN LESIÓN OSTEOARTICULAR. RX DE CLS SIN ALTERACIONES.

**DIAGNOSTICO:**

| | |
|---|---|
| M239 | TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO |
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO |
| G560 | SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO |
| M751 | SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO |
| S626 | FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO |

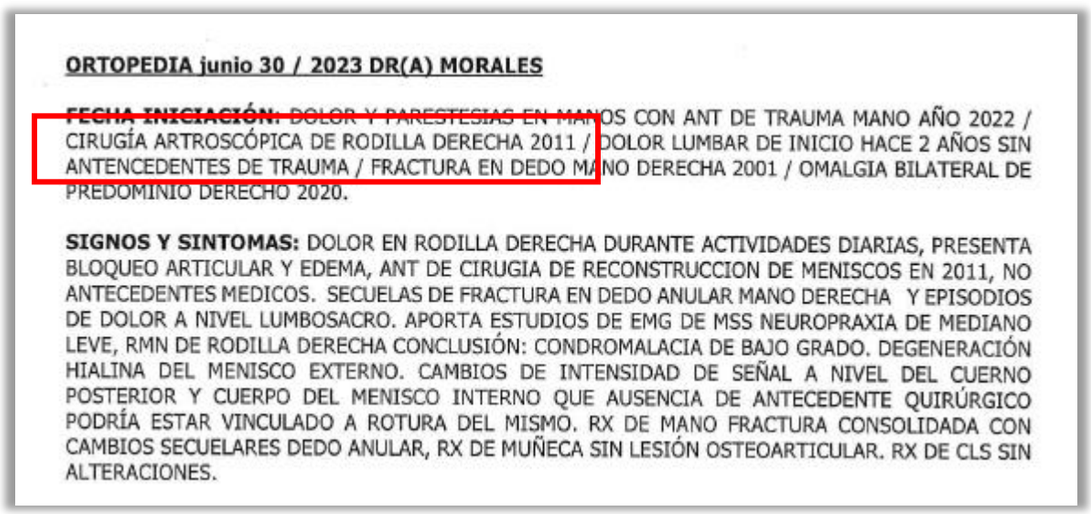
**ETIOLOGIA:** TRAUMA / DEGENERATIVO.

> **"Documento:** *Acta de junta médica laboral 021-2024 - acápite de conceptos de los especialistas*
> **Transcripción parte esencial:** *Fecha de Iniciación: cirugía artroscópica de rodilla derecha 2011* ***OMALGIA BOLTAREAL DE PREDOMIO DERECHO 2020****…Diagnóstico: M239 Trastornos internos de la rodilla, no especificado (…)"*

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que la omalgia bilateral de predominio derecho fue diagnosticada en 2020 constituye un antecedente médico relevante,

pues evidencia una condición musculoesquelética que pudo afectar la movilidad y funcionalidad del asegurado. Este diagnóstico sugiere la existencia de un padecimiento previo que, al momento de la suscripción del contrato de seguro, debió haber sido informado con el fin de que la aseguradora pudiera evaluar correctamente el estado del riesgo. Sin embargo, al omitir este antecedente en la declaración de asegurabilidad, se incurrió en una falta de transparencia que alteró la apreciación del riesgo por parte de la aseguradora, afectando su decisión de cobertura y las condiciones del contrato. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Cantillo suscribió su declaración de asegurabilidad.

**2. CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA DERECHA AÑO 2011.**



**ORTOPEDIA junio 30 / 2023 DR(A) MORALES**

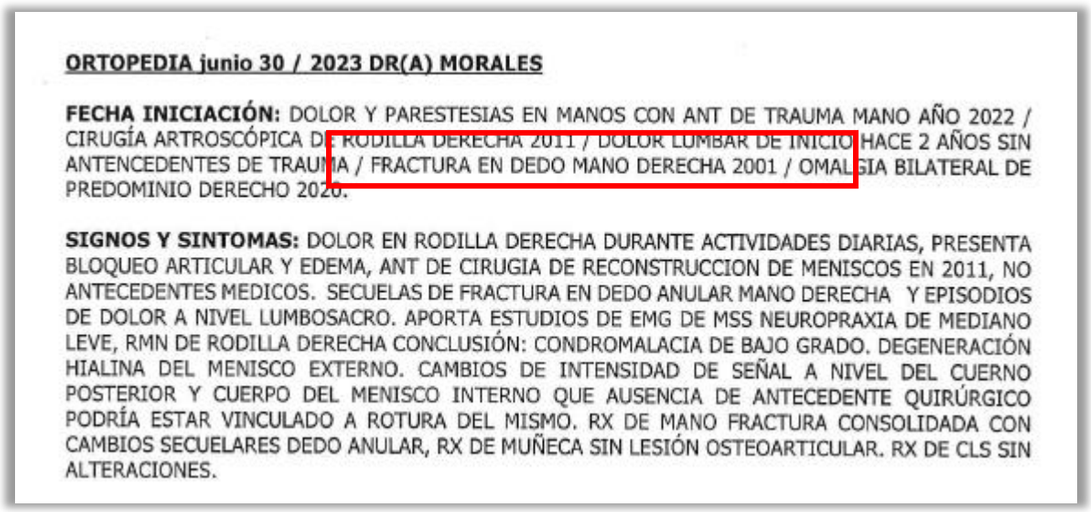
**FECHA INICIACIÓN:** DOLOR Y PARESTESIAS EN MANOS CON ANT DE TRAUMA MANO AÑO 2022 / CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA DERECHA 2011 / DOLOR LUMBAR DE INICIO HACE 2 AÑOS SIN ANTENCEDENTES DE TRAUMA / FRACTURA EN DEDO MANO DERECHA 2001 / OMALGIA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO 2020.

**SIGNOS Y SINTOMAS:** DOLOR EN RODILLA DERECHA DURANTE ACTIVIDADES DIARIAS, PRESENTA BLOQUEO ARTICULAR Y EDEMA, ANT DE CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE MENISCOS EN 2011, NO ANTECEDENTES MEDICOS. SECUELAS DE FRACTURA EN DEDO ANULAR MANO DERECHA Y EPISODIOS DE DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO. APORTA ESTUDIOS DE EMG DE MSS NEUROPRAXIA DE MEDIANO LEVE, RMN DE RODILLA DERECHA CONCLUSIÓN: CONDROMALACIA DE BAJO GRADO. DEGENERACIÓN HIALINA DEL MENISCO EXTERNO. CAMBIOS DE INTENSIDAD DE SEÑAL A NIVEL DEL CUERNO POSTERIOR Y CUERPO DEL MENISCO INTERNO QUE AUSENCIA DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO PODRÍA ESTAR VINCULADO A ROTURA DEL MISMO. RX DE MANO FRACTURA CONSOLIDADA CON CAMBIOS SECUELARES DEDO ANULAR, RX DE MUÑECA SIN LESIÓN OSTEOARTICULAR. RX DE CLS SIN ALTERACIONES.

> **“Documento:** *Acta de junta médica laboral 021-2024 - acápite de conceptos de los especialistas*
> **Transcripción parte esencial:** *Fecha de Iniciación: Cirugía artroscópica de Rodilla Derecha 2011 (…)”.*

La cirugía artroscópica de rodilla derecha realizada en 2011 representa un antecedente médico relevante, ya que indica la existencia de una condición articular que requirió intervención quirúrgica, lo cual puede implicar secuelas o predisposición a nuevas complicaciones en la movilidad y estabilidad de la rodilla. Este tipo de procedimiento no solo es indicativo de una patología previa, sino que también puede tener implicaciones a largo plazo en la salud del asegurado, especialmente en actividades que demanden esfuerzo físico. Al omitir esta información en la declaración de asegurabilidad, se impidió que la aseguradora evaluara correctamente el riesgo asociado, lo que afectó su capacidad de determinar la viabilidad del contrato y las condiciones de cobertura.

**3. FRACTURA EN DEDO MANO DERECHA AÑO 2001**



**ORTOPEDIA junio 30 / 2023 DR(A) MORALES**

**FECHA INICIACIÓN:** DOLOR Y PARESTESIAS EN MANOS CON ANT DE TRAUMA MANO AÑO 2022 / CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA DERECHA 2011 / DOLOR LUMBAR DE INICIO HACE 2 AÑOS SIN ANTENCEDENTES DE TRAUMA / FRACTURA EN DEDO MANO DERECHA 2001 / OMALGIA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO 2020.

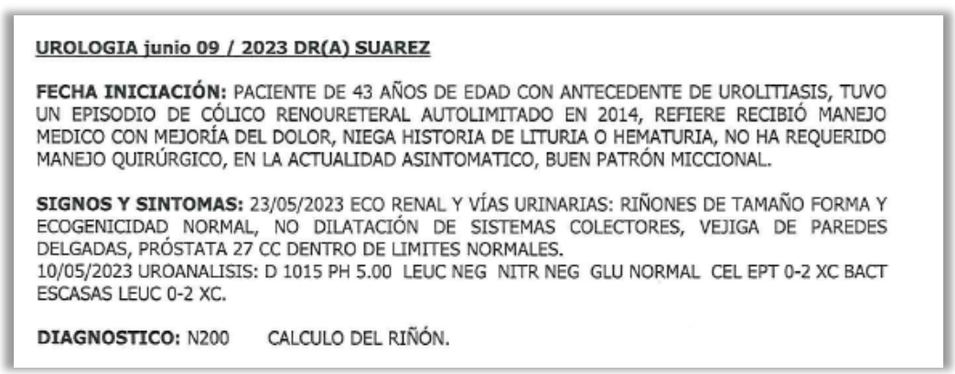
**SIGNOS Y SINTOMAS:** DOLOR EN RODILLA DERECHA DURANTE ACTIVIDADES DIARIAS, PRESENTA BLOQUEO ARTICULAR Y EDEMA, ANT DE CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE MENISCOS EN 2011, NO ANTECEDENTES MEDICOS. SECUELAS DE FRACTURA EN DEDO ANULAR MANO DERECHA Y EPISODIOS DE DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO. APORTA ESTUDIOS DE EMG DE MSS NEUROPRAXIA DE MEDIANO LEVE, RMN DE RODILLA DERECHA CONCLUSIÓN: CONDROMALACIA DE BAJO GRADO. DEGENERACIÓN HIALINA DEL MENISCO EXTERNO. CAMBIOS DE INTENSIDAD DE SEÑAL A NIVEL DEL CUERNO POSTERIOR Y CUERPO DEL MENISCO INTERNO QUE AUSENCIA DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO PODRÍA ESTAR VINCULADO A ROTURA DEL MISMO. RX DE MANO FRACTURA CONSOLIDADA CON CAMBIOS SECUELARES DEDO ANULAR, RX DE MUÑECA SIN LESIÓN OSTEOARTICULAR. RX DE CLS SIN ALTERACIONES.

**"Documento:** *Acta de junta médica laboral 021-2024 - acápite de conceptos de los especialistas*

**Transcripción parte esencial:** *Fecha de Iniciación: Cirugía artroscópica de Rodilla Derecha 2011 (…)".*

La fractura en el dedo de la mano derecha sufrida en 2001 constituye un antecedente médico relevante, particularmente porque dejó una secuela de deformidad en flexión con limitación para la extensión. Esta condición podría afectar la funcionalidad de la mano, especialmente en tareas que requieran precisión, fuerza o movilidad completa de los dedos. La omisión de este antecedente en la declaración de asegurabilidad impidió que la aseguradora evaluara adecuadamente el riesgo asociado, ya que una lesión de este tipo puede tener repercusiones a largo plazo y generar limitaciones que impacten la condición general del asegurado. Es decir que dicho antecedente es anterior al mes de agosto de 2021, así mismo de enero de 2024, fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad y en donde tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

4. **UROLITIASIS CON EPISODIO RENOURETERAL AUTOLIMITADO EN 2014. – CALCULO DE RIÑON**



**UROLOGIA junio 09 / 2023 DR(A) SUAREZ**

**FECHA INICIACIÓN:** PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE UROLITIASIS, TUVO UN EPISODIO DE CÓLICO RENOURETERAL AUTOLIMITADO EN 2014, REFIERE RECIBIÓ MANEJO MEDICO CON MEJORÍA DEL DOLOR, NIEGA HISTORIA DE LITURIA O HEMATURIA, NO HA REQUERIDO MANEJO QUIRÚRGICO, EN LA ACTUALIDAD ASINTOMATICO, BUEN PATRÓN MICCIONAL.

**SIGNOS Y SINTOMAS:** 23/05/2023 ECO RENAL Y VÍAS URINARIAS: RIÑONES DE TAMAÑO FORMA Y ECOGENICIDAD NORMAL, NO DILATACIÓN DE SISTEMAS COLECTORES, VEJIGA DE PAREDES DELGADAS, PRÓSTATA 27 CC DENTRO DE LIMITES NORMALES.
10/05/2023 UROANALISIS: D 1015 PH 5.00 LEUC NEG NITR NEG GLU NORMAL CEL EPT 0-2 XC BACT ESCASAS LEUC 0-2 XC.

**DIAGNOSTICO:** N200 CALCULO DEL RIÑÓN.

**Documento:** *Acta de junta médica laboral 021-2024 - acápite de conceptos de los especialistas*

**Transcripción parte esencial:** *FECHA INICIACIÓN: PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD* ***CON ANTECEDENTE DE UROLITIASIS, TUVO UN EPISODIO DE CÓLICO RENOURETERAL AUTOLIMITADO EN 2014****, REFIERE RECIBIÓ MANEJO MEDICO CON MEJORÍA DEL DOLOR, NIEGA HISTORIA DE LITURIA O HEMATURIA, NO HA REQUERIDO MANEJO QUIRÚRGICO, EN LA ACTUALIDAD ASINTOMATICO, BUEN PATRÓN MICCIONAL.*

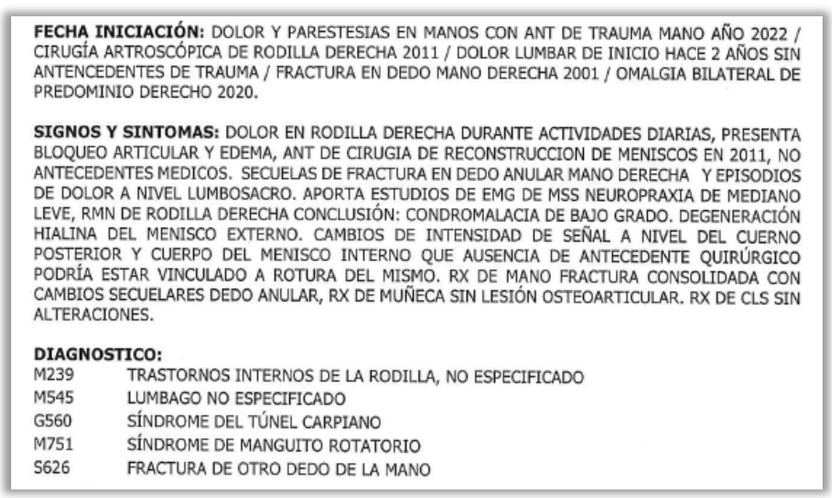
*SIGNOS Y SINTOMAS: 23/05/2023 ECO RENAL Y VÍAS URINARIAS: RIÑONES DE TAMAÑO FORMA Y ECOGENICIDAD NORMAL, NO DILATACIÓN DE SISTEMAS COLECTORES, VEJIGA DE PAREDES DELGADAS, PRÓSTATA 27 CC DENTRO DE LIMITES NORMALES.*

*10/05/2023 UROANALISIS: D 1015 PH 5.00 LEUC NEG NITR NEG GLU NORMAL CEL EPT 0-2 XC BACT. ESCASAS LEUC 0-2 XC.*

*DIAGNOSTICO: N200 CALCULO DEL RIÑÓN (…)".*

La urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014 es un antecedente médico significativo, ya que evidencia una predisposición del asegurado a la formación de cálculos renales, condición que puede generar recurrencias y complicaciones a futuro. Este diagnóstico, que requirió manejo médico para el alivio del dolor, debió ser declarado en la solicitud de asegurabilidad, pues constituye un factor de riesgo que puede influir en la evaluación del estado de salud y en la determinación de las condiciones del contrato de seguro. La omisión de este antecedente impidió que la aseguradora realizara un análisis completo y preciso del riesgo asumido.

5. **LUMBAGO NO ESPECIFICADO, SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO ANTERIORES AL 2021.**



**FECHA INICIACIÓN:** DOLOR Y PARESTESIAS EN MANOS CON ANT DE TRAUMA MANO AÑO 2022 / CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA DERECHA 2011 / DOLOR LUMBAR DE INICIO HACE 2 AÑOS SIN ANTENCEDENTES DE TRAUMA / FRACTURA EN DEDO MANO DERECHA 2001 / OMALGIA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO 2020.

**SIGNOS Y SINTOMAS:** DOLOR EN RODILLA DERECHA DURANTE ACTIVIDADES DIARIAS, PRESENTA BLOQUEO ARTICULAR Y EDEMA, ANT DE CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE MENISCOS EN 2011, NO ANTECEDENTES MEDICOS. SECUELAS DE FRACTURA EN DEDO ANULAR MANO DERECHA Y EPISODIOS DE DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO. APORTA ESTUDIOS DE EMG DE MSS NEUROPRAXIA DE MEDIANO LEVE, RMN DE RODILLA DERECHA CONCLUSIÓN: CONDROMALACIA DE BAJO GRADO. DEGENERACIÓN HIALINA DEL MENISCO EXTERNO. CAMBIOS DE INTENSIDAD DE SEÑAL A NIVEL DEL CUERNO POSTERIOR Y CUERPO DEL MENISCO INTERNO QUE AUSENCIA DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO PODRÍA ESTAR VINCULADO A ROTURA DEL MISMO. RX DE MANO FRACTURA CONSOLIDADA CON CAMBIOS SECUELARES DEDO ANULAR, RX DE MUÑECA SIN LESIÓN OSTEOARTICULAR. RX DE CLS SIN ALTERACIONES.

**DIAGNOSTICO:**

| | |
|---|---|
| M239 | TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO |
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO |
| G560 | SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO |
| M751 | SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO |
| S626 | FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO |

**"*Documento:*** *Acta de junta médica laboral 021-2024 - acápite de conceptos de los especialistas*

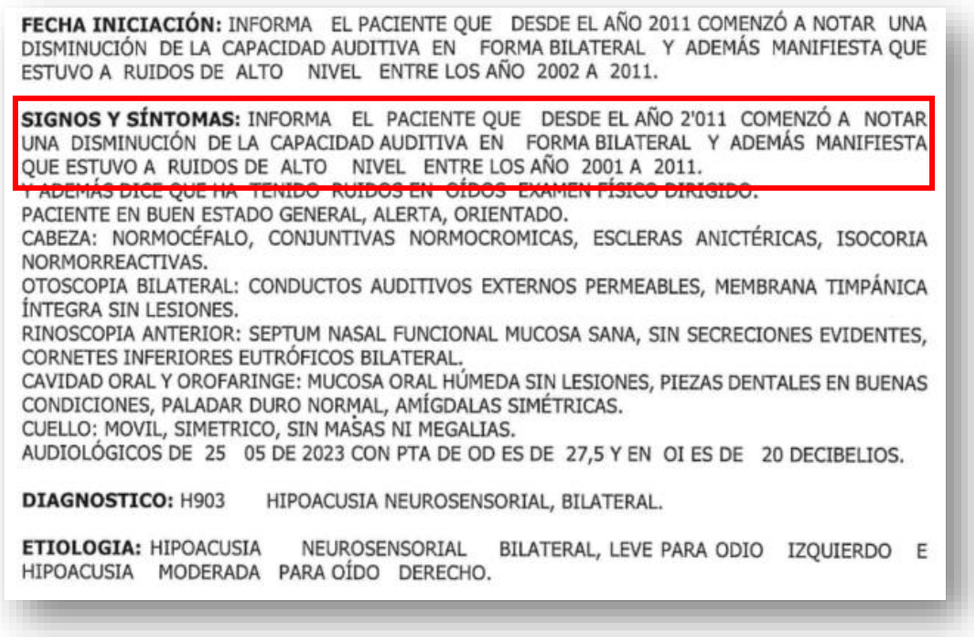
***Transcripción parte esencial:*** *SIGNOS Y SINTOMAS: DOLOR EN RODILLA DERECHA DURANTE ACTIVIDADES DIARIAS, PRESENTA BLOQUEO ARTICULAR Y EDEMA, ANT DE CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE MENISCOS EN 2011, NO ANTECEDENTES MEDICOS. SECUELAS DE FRACTURA EN DEDO ANULAR MANO DERECHA Y EPISODIOS DE DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO. APORTA ESTUDIOS DE EMG DE MSS NEUROPRAXIA DE MEDIANO LEVE, RMN DE RODILLA DERECHA CONCLUSIÓN: CONDROMALACIA DE BAJO GRADO. DEGENERACIÓN HIALINA DEL MENISCO EXTERNO. CAMBIOS DE INTENSIDAD DE SEÑAL A NIVEL DEL CUERNO POSTERIOR Y CUERPO DEL MENISCO INTERNO QUE AUSENCIA DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO PODRÍA ESTAR VINCULADO A ROTURA DEL MISMO. RX DE MANO FRACTURA CONSOLIDADA CON CAMBIOS SECUELARES DEDO ANULAR, RX DE MUÑECA SIN LESIÓN OSTEOARTICULAR, RX DE CLS SIN ALTERACIONES.*

*DIAGNOSTICO: M239 TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO - M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO - G560 SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO - M751 - SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO -5626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO.”*

El lumbago no especificado, el síndrome del túnel carpiano y el síndrome de manguito rotatorio son condiciones médicas que afectan directamente la funcionalidad musculoesquelética y pueden generar limitaciones significativas en la movilidad y el desempeño laboral. Estos diagnósticos, al ser anteriores al 2021, constituían antecedentes clínicos relevantes que debieron ser informados en la declaración de asegurabilidad, pues su omisión impidió que la aseguradora valorara adecuadamente el riesgo asegurado. La falta de veracidad en la información suministrada afectó la evaluación de la cobertura y pudo haber influido en la decisión de aceptación del seguro o en la determinación de sus condiciones.

La transcripción de la historia clínica evidencia síntomas persistentes y secuelas de dichas patologías, como el dolor lumbar recurrente, la neuropráxia del nervio mediano y los trastornos internos de la rodilla con signos degenerativos. Adicionalmente, la resonancia magnética y los estudios complementarios confirman alteraciones articulares significativas. Estas condiciones médicas eran antecedentes relevantes que debieron ser declarados en la solicitud de aseguramiento, ya que su omisión impidió a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo, afectando la evaluación de la cobertura y la decisión sobre la aceptación del seguro en términos equitativos.

**6. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DERECHA**



**FECHA INICIACIÓN:** INFORMA EL PACIENTE QUE DESDE EL AÑO 2011 COMENZÓ A NOTAR UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD AUDITIVA EN FORMA BILATERAL Y ADEMÁS MANIFIESTA QUE ESTUVO A RUIDOS DE ALTO NIVEL ENTRE LOS AÑO 2002 A 2011.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS:** INFORMA EL PACIENTE QUE DESDE EL AÑO 2'011 COMENZÓ A NOTAR UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD AUDITIVA EN FORMA BILATERAL Y ADEMÁS MANIFIESTA QUE ESTUVO A RUIDOS DE ALTO NIVEL ENTRE LOS AÑO 2001 A 2011.
Y ADEMÁS DICE QUE HA TENIDO RUIDOS EN OÍDOS EXAMEN FÍSICO DIRIGIDO.
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO.
CABEZA: NORMOCÉFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, ISOCORIA NORMORREACTIVAS.
OTOSCOPIA BILATERAL: CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS PERMEABLES, MEMBRANA TIMPÁNICA ÍNTEGRA SIN LESIONES.
RINOSCOPIA ANTERIOR: SEPTUM NASAL FUNCIONAL MUCOSA SANA, SIN SECRECIONES EVIDENTES, CORNETES INFERIORES EUTRÓFICOS BILATERAL.
CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE: MUCOSA ORAL HÚMEDA SIN LESIONES, PIEZAS DENTALES EN BUENAS CONDICIONES, PALADAR DURO NORMAL, AMÍGDALAS SIMÉTRICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, SIN MASAS NI MEGALIAS.
AUDIOLÓGICOS DE 25 05 DE 2023 CON PTA DE OD ES DE 27,5 Y EN OI ES DE 20 DECIBELIOS.

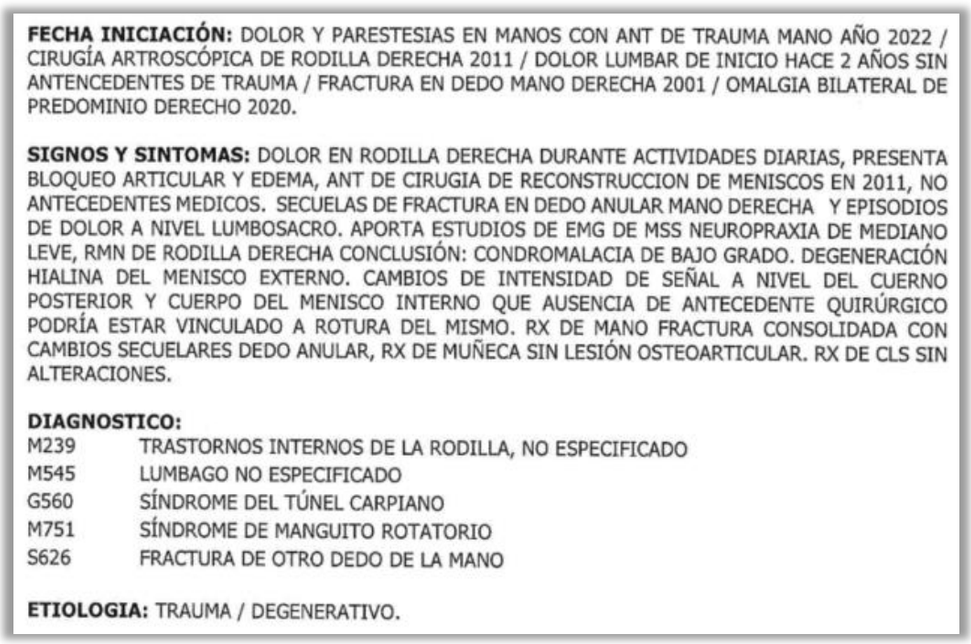
**DIAGNOSTICO:** H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL.

**ETIOLOGIA:** HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL, LEVE PARA ODIO IZQUIERDO E HIPOACUSIA MODERADA PARA OÍDO DERECHO.

> **"Documento:** *Acta de junta médica laboral 021-2024 - acápite de conceptos de los especialistas*
> **Transcripción parte esencial:** *Informa paciente que* ***desde el año 2011*** *comenzó a notar una disminución de la capacidad auditiva en forma bilateral y además manifiesta que* ***estuvo a ruidos de alto nivel entre los años 2002 a 2011****…Diagnóstico: H903 Hipoacusia neurosensorial bilateral (…)"* (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde el año 2011 padecía hipoacusia neurosensorial derecha y que incluso se encontraba en seguimiento y tratamiento médico para esta patología. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Cantillo suscribió su declaración de asegurabilidad.

**7. DEFORMIDAD EN FLEXIÓN CON LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE LA MANO DERECHA Y SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MÉDICO.**



**FECHA INICIACIÓN:** DOLOR Y PARESTESIAS EN MANOS CON ANT DE TRAUMA MANO AÑO 2022 / CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA DERECHA 2011 / DOLOR LUMBAR DE INICIO HACE 2 AÑOS SIN ANTENCEDENTES DE TRAUMA / FRACTURA EN DEDO MANO DERECHA 2001 / OMALGIA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO 2020.

**SIGNOS Y SINTOMAS:** DOLOR EN RODILLA DERECHA DURANTE ACTIVIDADES DIARIAS, PRESENTA BLOQUEO ARTICULAR Y EDEMA, ANT DE CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE MENISCOS EN 2011, NO ANTECEDENTES MEDICOS. SECUELAS DE FRACTURA EN DEDO ANULAR MANO DERECHA Y EPISODIOS DE DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO. APORTA ESTUDIOS DE EMG DE MSS NEUROPRAXIA DE MEDIANO LEVE, RMN DE RODILLA DERECHA CONCLUSIÓN: CONDROMALACIA DE BAJO GRADO. DEGENERACIÓN HIALINA DEL MENISCO EXTERNO. CAMBIOS DE INTENSIDAD DE SEÑAL A NIVEL DEL CUERNO POSTERIOR Y CUERPO DEL MENISCO INTERNO QUE AUSENCIA DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO PODRÍA ESTAR VINCULADO A ROTURA DEL MISMO. RX DE MANO FRACTURA CONSOLIDADA CON CAMBIOS SECUELARES DEDO ANULAR, RX DE MUÑECA SIN LESIÓN OSTEOARTICULAR. RX DE CLS SIN ALTERACIONES.

**DIAGNOSTICO:**

| | |
|---|---|
| M239 | TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO |
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO |
| G560 | SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO |
| M751 | SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO |
| S626 | FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO |

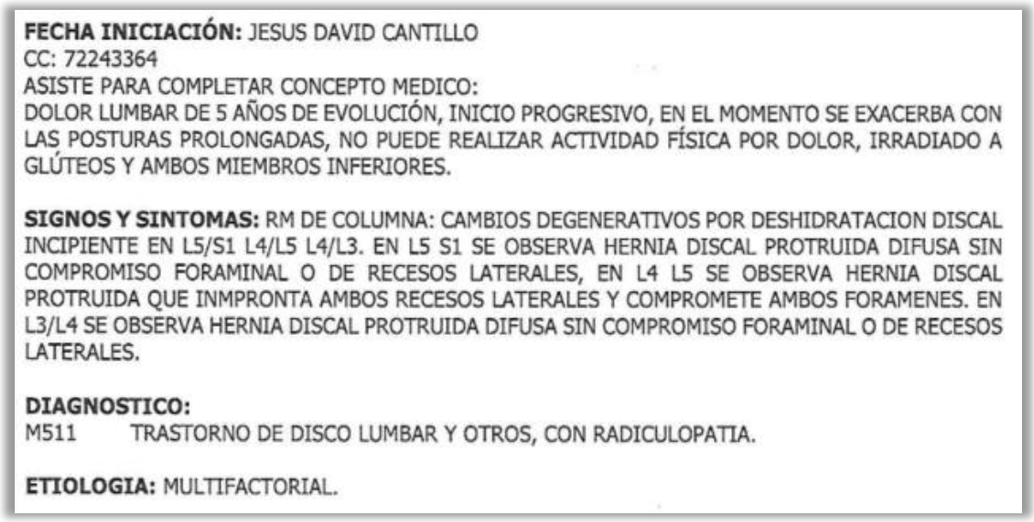
**ETIOLOGIA:** TRAUMA / DEGENERATIVO.

**"Documento:** *Acta de junta médica laboral 021-2024 - acápite de conceptos de los especialistas*

**Transcripción parte esencial:** *Fecha de Iniciación: Dolor y parestesias en manos con antecedente de trauma mano año 2022 … fractura en de mano derecha 2011 / omalgia bilateral de predominio derecho…Diagnóstico: G560 Síndrome del túnel carpiano, M751 Síndrome de manguito rotatorio, S626 Fractura de otro dedo de la mano (…)"*

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde el año 2011 padecía síndrome del manguito rotatorio, fractura de otro dedo de la mano y síndrome del túnel carpiano. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Cantillo suscribió su declaración de asegurabilidad.

## 8. LUMBAGO SECUNDARIO A TRASTORNO DEL DISCO LUMBAR CON RADICULOPATÍA



**FECHA INICIACIÓN:** JESUS DAVID CANTILLO
CC: 72243364
ASISTE PARA COMPLETAR CONCEPTO MEDICO:
DOLOR LUMBAR DE 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN, INICIO PROGRESIVO, EN EL MOMENTO SE EXACERBA CON LAS POSTURAS PROLONGADAS, NO PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA POR DOLOR, IRRADIADO A GLÚTEOS Y AMBOS MIEMBROS INFERIORES.

**SIGNOS Y SINTOMAS:** RM DE COLUMNA: CAMBIOS DEGENERATIVOS POR DESHIDRATACION DISCAL INCIPIENTE EN L5/S1 L4/L5 L4/L3. EN L5 S1 SE OBSERVA HERNIA DISCAL PROTRUIDA DIFUSA SIN COMPROMISO FORAMINAL O DE RECESOS LATERALES, EN L4 L5 SE OBSERVA HERNIA DISCAL PROTRUIDA QUE INMPRONTA AMBOS RECESOS LATERALES Y COMPROMETE AMBOS FORAMENES. EN L3/L4 SE OBSERVA HERNIA DISCAL PROTRUIDA DIFUSA SIN COMPROMISO FORAMINAL O DE RECESOS LATERALES.

**DIAGNOSTICO:**
M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA.

**ETIOLOGIA:** MULTIFACTORIAL.

> **“Documento:** *Acta de junta médica laboral 021-2024 - acápite de conceptos de los especialistas*
> **Transcripción parte esencial:** *Dolor lumbar de 5 años de evolución, inicio progresivo, en el momento se exacerba con las posturas prolongadas, no puede realizar actividad física por el dolor, irradiado a glúteos y ambos miembros inferiores…Diagnóstico: M511 Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía (…)”*

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde el año 2011 padecía trastornos de disco lumbar y otros. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Cantillo suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de las exposiciones detalladas que anteceden respecto a cada anotación inscrita en el Acta de Junta Médico Laboral que obra en el expediente, el señor **JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO** padecía de Hipoacusia neurosensorial bilateral, Trastornos internos de la rodilla, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio, Fractura de otro dedo de la mano, Trastorno de disco lumbar, padecimientos con antecedentes anteriores a las fechas de diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, y los cuales en todo caso tienen como etiología el desarrollo de sus actividades dentro de las fuerzas militares. Como se aprecia estas patologías son anteriores a la fecha de suscripción del contrato de seguro, lo que implica que eran de pleno conocimiento del señor CANTILLO TESILLO, sin embargo, nunca lo informó a la compañía aseguradora.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia

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

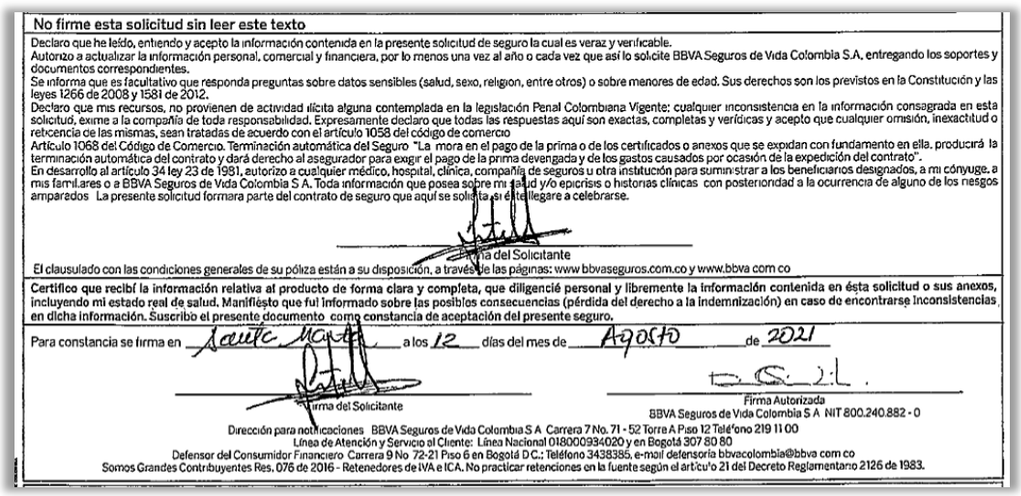
> "*Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.*
>
> *En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*
>
> ***Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador***. *En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).*" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor Jesús David Cantillo padecía y conocía de la existencia de sus diagnósticos Hipoacusia neurosensorial bilateral, Trastornos internos de la rodilla, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio, Fractura de otro dedo de la mano, Trastorno de disco lumbar. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de ésta a la Compañía Aseguradora, aun cuando le fue preguntado expresamente. Además, el 12 de agosto de 2021 cuando el señor Jesús David Cantillo suscribió la declaración de asegurabilidad para la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737, conocía que la omisión o declaración contraria a la realidad traería como consecuencia la nulidad del citado contrato de seguro. Es tan así que el entonces asegurado en señal de aceptación firmó la declaración de asegurabilidad, por un lado, avalando la declaración de su estado de salud y por otro, avalando el conocimiento de la nulidad si faltaba a la verdad, veamos:

- **DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDOR No. 022600000015737**



**No firme esta solicitud sin leer este texto**

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable.
Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes.
Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religion, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.
Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente: cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio
Artículo 1068 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".
En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados La presente solicitud formara parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

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

**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 Santa Marta a los 12 días del mes de Agosto 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 3438386, 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.

**Transcripción parte esencial:** *"No firme esta solicitud sin leer este texto. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio"*

En resumen, el señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro, son

supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los padecimientos y condiciones preexistentes de salud con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, lo hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en este. En este sentido, bastará con examinar la historia clínica del señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO, que se solicita de oficio para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de sus enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Cantillo debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de los contratos, tales como Diagnóstico de omoalgia bilateral de predominio derecho año 2020, cirugía artroscópica de rodilla derecha año 2011, fractura en dedo mano derecha año 2001, (que dejó secuela deformidad en flexión con limitación para la extensión) y urolitiasis con episodio renoureteral autolimitado en 2014, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio y otros anteriores al 2021. Más aún, cuando sus patologías le fueron preguntadas expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

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

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

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

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

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

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

> "*Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario,* ***deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio*** *que en su tenor literal dispone: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.*
> *De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada,* ***obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida****. Dicha autorización*

*legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico[5]. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales[6]. 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[7]".* (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

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

[5] Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: "aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador."
[6] Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.
[7] Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe."[8] (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

*No puede, entonces,* ***endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo»*** *al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*
*Esto por cuanto, se reitera,* ***el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.***
*(...)*
*Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo."*
(Subrayado fuera del texto original)

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

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

> *"Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador,* ***sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe****..."*[9](subrayado fuera del texto original).

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

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

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

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

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Arturo Díaz Murillo expediente 2016- 0318 en relación con la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

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

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

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

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

Resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o

circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

> Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:
> *"4.2. **No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz** (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer 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[10]. (negrilla y subrayas fuera del texto)".*

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

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

*reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».”*

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

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

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

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

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

**4. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.**

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

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

En conclusión, dado que el señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocido por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido

a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

**5. 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.

## V. EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

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

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

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

**2. LA PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR NO. 022600000015737 TIENE UN BENEFICIARIO ONEROSO**

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

> *"(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.*
>
> *En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo[11]"*

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores se encuentran estructuradas bajo la necesidad con la que contaban las entidades financieras de gestionar sus riesgos en las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que generalmente el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización, solamente puede ser la entidad bancaria que tomó el seguro vida grupo deudor para asegurar a sus acreedores y el riesgo de impago derivado de su fallecimiento. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

> *"(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora[12]."*

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro asociado, esto es

[11] Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.
[12] Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737, tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió el señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO. 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, es imperioso que el Despacho tome en consideración que, ante una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, el beneficiario de la indemnización únicamente puede ser el el acreedor de la obligación fiannciera que estaba vinculada con el seguro de vida deudor. En la medida que así fue pactado, lo que en estricto sentido permite concluir, que el Demandante no se encuentra facultado para recibir ningún valor por concepto de indemnización.

## CAPITULO III
## PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE

**a. Oposición al Dictamen Pericial solicitado por la parte demandante, bajo el título "prueba de grafología".**

Sea lo primero poner de presente, la improcedencia del decreto de prueba solicitado por el extremo actor en el acápite de pruebas solicitadas "*1. SOLICITUD DE OFICIO: prueba de grafología"* como quiera que el demandante se limita a peticionar que se DECRETE prueba de grafología, que por demás es una experticia, con objeto "de establecer así si los datos inscritos corresponden a la firma y puño del señor JESUS DAVID CANTILLO TESILLO", sin que se evidencia alguna petición ante algún experto en la materia.

Lo anterior, sin reunir los presupuestos procesales establecido en el artículo 173 del Código General del Proceso.

> ***ARTÍCULO 173. OPORTUNIDADES PROBATORIAS.*** *Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código.*
>
> *En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado.* ***El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente.***

> *Las pruebas practicadas por comisionado o de común acuerdo por las partes y los informes o documentos solicitados a otras entidades públicas o privadas, que lleguen antes de dictar sentencia, serán tenidas en cuenta para la decisión, previo el cumplimiento de los requisitos legales para su práctica y contradicción.* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En consonancia con la disposición antes referida, la Delegatura deberá abstenerse de decretar pruebas que la parte demandante hubiera podido obtener directamente o por medio de derecho de petición. En otras palabras, si bien, la parte no aportaría la documental sino por el contrario solicitaría la práctica, la Ley Procesal aplicable a la materia establece unos requisitos que deben cumplirse estrictamente durante la petición de una prueba, so pena que el Juzgador se vea en la obligación de negar el decreto y por ende práctica de la misma.

Además, el Código General del Proceso en su artículo 227 fija los requisitos mínimos que debe cumplir una parte procesal para solicitar el decreto de una pericia. Esta norma señala:

> *"ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES.* ***La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas****. 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. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.*
>
> *El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado". (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Esta norma imperativa de derecho público señala que cuando se requiera el decreto de una pericia, debe el solicitante aportarla junto con los anexos de su demanda. Ahora bien, al contrastar este requisito con lo escrito por el demandante, se evidencia que el extremo actor enuncia lo que al parecer podría ser un dictamen, pero no lo aporta, y el mismo debió haberse aportado juntamente con la demanda. En otras palabras, la parte actora no solo no cumple con los requisitos mínimos para el decreto de una prueba pericial, esto es, el hecho de aportar el dictamen junto con su escrito de demanda, sino que también, busca esquivar u omitir la carga que recae sobre sus hombros, y que debió cumplir en su oportunidad.

Adicionalmente, se debe recapitular lo expuesto por la Corte Constitucional en su sentencia T-504 de 1998, en donde expuso sin lugar a duda que cuando una solicitud probatoria no cumple con los

requisitos mínimos para su decreto, el juez en calidad de director del proceso deberá abstenerse de decretar la misma. El tenor literal de dicha sentencia establece lo siguiente:

> ***"En el modo de pedir, ordenar y practicar las pruebas se exigen ciertos requisitos consagrados en el Código de Procedimiento Civil que constituyen una ordenación legal, una ritualidad de orden público, lo que significa que son reglas imperativas y no supletivas, es decir, son de derecho estricto y de obligatorio acatamiento por el juez y las partes.*** *Por otra parte, el juez como director del proceso, debe garantizar, en aras del derecho de defensa de las partes, los principios generales de la contradicción y publicidad de la prueba, y en este sentido, debe sujetarse a las exigencias consagradas en el procedimiento para cada una de las pruebas que se pidan (…)* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)".

En conclusión, teniendo en cuenta que la solicitud hecha el demandante no cumple con los requisitos mínimos y exigidos por la Ley procesal para habilitar el decreto de un dictamen, comedidamente solicito al Despacho que niegue el decreto y, por ende, práctica de las pruebas que resultan completamente impertinentes. Lo anterior, en vista del incumplimiento de las formalidades procesales al respecto, y que, respecto de una prueba grafológica, el Demandante tenía la posibilidad de valerse de otros medios para probar lo que pretende con esta prueba, no quedando alternativa distinta que negar el decreto y práctica de esta.

No obstante, en hipotético e improbable caso en el que se acceda a la petición, solicito respetuosamente se sirva permitir su contradicción en audiencia, conforme con lo establecido en el artículo 228 del Código General del Proceso, el cual estipula lo siguiente:

> ***"ARTÍCULO 228. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN. La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá solicitar la comparecencia del perito a la audiencia****, aportar otro o realizar ambas actuaciones. Estas deberán realizarse dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado o, en su defecto, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la providencia que lo ponga en conocimiento. En virtud de la anterior solicitud, o si el juez lo considera necesario, citará al perito a la respectiva audiencia, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen. La contraparte de quien haya aportado el dictamen podrá formular preguntas asertivas e insinuantes. Las partes tendrán derecho, si lo consideran necesario, a interrogar nuevamente al perito, en el orden establecido para el testimonio. Si el perito citado no asiste a la audiencia, el dictamen no tendrá valor.*

*Si se excusa al perito, antes de su intervención en la audiencia, por fuerza mayor o caso fortuito, el juez recaudará las demás pruebas y suspenderá la audiencia para continuarla en nueva fecha y hora que señalará antes de cerrarla, en la cual se interrogará al experto y se surtirán las etapas del proceso pendientes. El perito solo podrá excusarse una vez.*

*Las justificaciones que por las mismas causas sean presentadas dentro de los tres (3) días siguientes a la audiencia, solo autorizan el decreto de la prueba en segunda instancia, si ya se hubiere proferido sentencia. Si el proceso fuera de única instancia se fijará por una sola vez nueva fecha y hora para realizar el interrogatorio del perito.*

*(…)"* (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De lo trascrito previamente se colige que dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación del auto que lo pone en conocimiento, las partes podrán solicitar la comparecencia del perito que rindió el dictamen con el objeto de efectuar su contradicción.

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

## VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

### 1. DOCUMENTALES

1.1. Declaración de asegurabilidad de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor firmada por el señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO.
1.2. Condicionado aplicable a la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor
1.3. Derecho de petición enviado a las Dirección de Sanidad Naval.
1.4. Derecho de petición enviado a las Dirección General de Sanidad Militar

### 2. INTERROGATORIO DE PARTE

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

2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al Representante Legal del **BANCO BBVA**, en su calidad de demandado, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El Representante Legal de la entidad bancaria podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbelo.

**3. DECLARACIÓN DE PARTE**

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

**4. TESTIMONIALES**

4.1. 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 Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, en relación con las pólizas que atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la asegurada, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas la el asegurada de cara a los contratos de seguro comentados en este litigio. El testigo podrá ser ubicado en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co

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 cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO. Este testimonio se solicita

igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 No. 72-21, piso 8 en la ciudad de Bogotá, telefono: 601-3471600 y en el correo electrónico julliealexandra.triana@bbva.com

**5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**

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

- Historia clínica completa del señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO desde el año 2001 al 2021.

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

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, es quien tiene

acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente. El accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su libelo de demanda.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a las **Fuerzas militares de Colombia - Armada Nacional -Dirección de Sanidad Naval**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO identificado con cédula de ciudadanía No. 72.243.364 correspondiente al periodo que va desde el año 2001 al 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor López.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de ase6gurabilidad.

las **Fuerzas militares de Colombia - Armada Nacional -Dirección de Sanidad Naval** puede ser notificado al correo electrónico atencionalusuario.sanidad@armada.mil.co

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Ministerio de Defensa Nacional – Fuerzas militares de Colombia - Armada Nacional - Dirección General de Sanidad**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO identificado con cédula de ciudadanía No. 72.243.364 correspondiente al periodo que va desde el año 2001 al 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor López.

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

El **Ministerio de Defensa Nacional – Fuerzas militares de Colombia - Armada Nacional - Dirección General de Sanidad** puede ser notificado al correo electrónico

notificacionesdgsm@sanidad.mil.co - disan.juridica@buzonejercito.mil.co

**6. OFICIOS**

6.1. Comedidamente ruego se oficie a las **Fuerzas militares de Colombia - Armada Nacional - Dirección de Sanidad Naval**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO identificado con cédula de ciudadanía No. 72.243.364 correspondiente al periodo que va desde el año 2001 hasta el año 2024.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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.

Las **Fuerzas militares de Colombia - Armada Nacional - Dirección de Sanidad Naval** puede ser notificado al correo electrónico: atencionalusuario.sanidad@armada.mil.co

6.2. Comedidamente ruego se oficie al **Ministerio de Defensa Nacional – Fuerzas militares de Colombia - Armada Nacional - Dirección General de Sanidad**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO identificado con cédula de ciudadanía No. 72.243.364 correspondiente al periodo que va desde el año 2001 hasta el año 2021.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

El **Ministerio de Defensa Nacional – Fuerzas militares de Colombia - Armada Nacional - Dirección General de Sanidad** puede ser notificado al correo electrónico notificacionesdgsm@sanidad.mil.co - disan.juridica@buzonejercito.mil.co

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarifación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que el Asegurado había sido diagnosticado antes del mes de agosto de 2021 con Hipoacusia neurosensorial bilateral, Trastornos internos de la rodilla, Lumbago no especificado, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de manguito rotatorio, Fractura de otro dedo de la mano, Trastorno de disco lumbar, **(ii)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de JESÚS DAVID CANTILLO TESILLO se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas para la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. 022600000015737. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el ellos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: "*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días".* Comedidamente se le solicita 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 la entidad oficiada (Dirección General de Sanidad Militar) aporte con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad e institucione prestadora de salud mencionada pues son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el

término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

## 8. ANEXOS

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

## 9. NOTIFICACIONES

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

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

- La Codemandada, en las direcciones que relaciona en su libelo.

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

Del Señor Juez, Atentamente,

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