

Señores

**JUZGADO CINCUENTA Y OCHO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE**  
(TRANSITORIAMENTE)(ANTES JUZGADO 76 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ, D.C.)

[cmpl76bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpl76bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**PROCESO:** VERBAL SUMARIO.  
**RADICADO:** 11001400307620230092000.  
**DEMANDANTE:** SERGIO GALLEGO GOMEZ.  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.**

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

**CONSIDERACIÓN PRELIMINAR**

En primera medida es de suma importancia poner en conocimiento del Honorable Despacho que, si bien la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ en vida tuvo varios productos con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., solamente el producto denominado Póliza de Vida Grupo Deudores No. No. 02-219-0000229860 se encontraba vigente para el día 30 de noviembre de 2019, fecha de su fallecimiento y el mismo amparaba la obligación crediticia terminada en los números 9144. Todo ello, sin perjuicio de que el contrato debe ser declarado nulo por reticencia y que las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas.

**SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA**

Para iniciar, es preciso indicar que el artículo 278 del Código General del Proceso, dispuso con claridad el deber que le asiste al juez de proferir sentencia anticipada cuando encuentre probada la PRESCRIPCIÓN de la acción derivada del contrato de seguro, así:

**“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS. (...)**

*En cualquier estado del proceso, **el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:***

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, **la prescripción** extintiva y la carencia de legitimación en la causa.”*

Es por esto, que respetuosamente solicito al Honorable Despacho emitir sentencia anticipada en el presente caso, como quiera que en el litigio que nos ocupa se encuentra probado que operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. En ese sentido, debe tenerse en cuenta que el primer requerimiento que recibió mi procurada fue la solicitud de indemnización radicada el día 2 de diciembre de 2019. Así mismo, debe considerarse la suspensión de términos derivada de la emergencia sanitaria del COVID-19 por tres (3) meses y catorce (14) días, el término bienal se entendería surtido el **16 de marzo de 2022**. Sin embargo, la demanda fue radicada el 11 de mayo de 2023, cuando ya estaban prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro. En todo caso, debe advertirse que ésta tampoco pudo interrumpir el término de prescripción, en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso como quiera que, para que dicho presupuesto opere, los demandantes debían haber notificado a mi representada del auto admisorio de la demanda dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tal providencia de acuerdo con lo estipulado en el artículo 94 del Código General del Proceso. No obstante, tal como quedo constatado en Auto fechado del 13 de febrero de 2025 y publicado en los estados electrónicos del Despacho el día 14 de febrero de 2025, la notificación no se surtió sino hasta la expedición del referido Auto en que la Compañía Aseguradora se entendió notificada por conducta concluyente, fecha para la cual claramente ya había operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

**CAPÍTULO I**

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS**

- FRENTE A LOS HECHOS DENOMINADOS “AFILIADA DE LA ASEGURADA Y SU BENEFICIARIO”.**

**FRENTE AL HECHO 1:** Es cierto que la señora Luz Elena Sánchez Ortiz solicitó su aseguramiento a través la Póliza de Seguro de Vida Grupo- Seguro Vital Hall Bancario en fecha del 29 de diciembre de 2011 conforme a la declaración de asegurabilidad que se adjuntó al escrito de demanda. Sin embargo, es necesario que el Honorable Despacho, tome en consideración desde este momento que dicho contrato de seguro terminó el 28 de enero de 2017, por encontrarse la asegurada en el límite de edad asegurable conforme a las condiciones del contrato de seguro.

En ese sentido, es claro que la Póliza Vital Hall Bancario No. 02-2080003294390 no estaba vigente para la fecha en que falleció la señora Luz Elena Sánchez. Razón por la cual, es claro que la póliza en mención no presta cobertura temporal y no hay lugar a que surja obligación indemnizatoria de mi mandante con ocasión al contrato de seguro en mención.

**FRENTE AL HECHO 1.1.:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Sobre el particular debe indicarse que Banco BVVA S.A. y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. son entidades distintas, en ese sentido mi prohijada sólo podrá referirse a las actividades propias de su objeto social y a las comunicaciones dirigidas a ella.

**FRENTE AL HECHO 1.2.:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Sobre el particular debe indicarse que Banco BVVA S.A. y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. son entidades distintas, en ese sentido mi prohijada sólo podrá referirse a las comunicaciones dirigidas a ella. Además, debe indicarse que independientemente de que según el dicho del demandante, frente al pago de la prima, de todos modos, no se puede pasar por alto que el asegurador recibió el último recaudo por concepto de prima fue el 29 de diciembre de 2016 por el periodo de cobertura comprendido en el 29 de diciembre de 2016 al 28 de enero de 2017.

**FRENTE AL HECHO 2:** No es cierto como se expresa. Si bien es cierto que la señora Luz Elena Sánchez diligenció la declaración de asegurabilidad, lo cierto es que no declaró su real estado de salud, pues no informó a la aseguradora que al menos desde el año 2018 padecía de hipertensión arterial. En todo caso, debe advertirse que la Póliza Vital Hall Bancario No. 02-2080003294390 no estuvo vigente hasta el 28 de enero de 2017, esto, es previo al fallecimiento de la señora Sánchez.

**FRENTE AL HECHO 3.** No es cierto como se expresa. El contrato de seguro al que se hace mención es el contenido en la Póliza Vital Hall Bancario No. 02-2080003294390 y no el que denomina el demandante Póliza No. VG011. En todo caso, debe advertirse que este contrato de seguro estuvo vigente desde el 29 de diciembre de 2011 hasta el 28 de enero de 2017.

Así mismo, no es cierto que el señor Sergio Gallego Gómez haya sido beneficiario, como a continuación se advierte:

| BENEFICIARIOS DEL SEGURO |            |   |
|--------------------------|------------|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS      | PARENTESCO | % |
|                          |            |   |
|                          |            |   |
|                          |            |   |

En constancia se firma la presente solicitud en la Ciudad de BELLO de 2011 a los 29 días del mes DE DICIEMBRE

*Luz Elena Sánchez Ortiz*  
FIRMA DEL SOLICITANTE  
C.C. 32408168

*[Firma]*  
GESTOR BBVA  
CÓDIGO DEL GESTOR C783230

**Documento:** Solicitud de Seguro Vida Grupo – Seguro Vital Hall Bancario.

Aunado a lo anterior, solicito al Honorable Despacho tomar en consideración desde este momento que en el plenario no obra prueba siquiera sumaria que acredite cuál es la relación del demandante Sergio Gallego Gómez, con la entonces asegurada. En todo caso, debe advertirse que la póliza referida en el presente numeral no se encontraba vigente para el momento en que falleció la señora Luz Elena Sánchez.

**FRENTE AL HECHO 4.** Es cierto, en tanto que mi representada en cumplimiento con los deberes impuestos por la ley para con ella información amplia y precisa frente al producto contratado. Sin embargo, se recuerda que la Póliza Grupo Seguro Vital Hall Bancario No. 02 208 0003294390 fue revocada en fecha del 28 de enero de 2017. Es decir, que la misma no estaba vigente para el momento en que falleció la señora Luz Elena Sánchez.

**FRENTE AL HECHO 5.** Es cierto en cuanto se entregó el certificado individual de seguro. Sin embargo, se reitera que la Póliza Grupo Seguro Vital Hall Bancario No. 02 208 0003294390 fue revocada en fecha del 28 de enero de 2017. Es decir, que la misma no estaba vigente para el momento en que falleció la señora Luz Elena Sánchez (30 de noviembre de 2019). Razón por la cual no podrá surgir obligación indemnizatoria en cabeza de mi mandante en virtud del amparo de vida que se relaciona en el presente numeral.

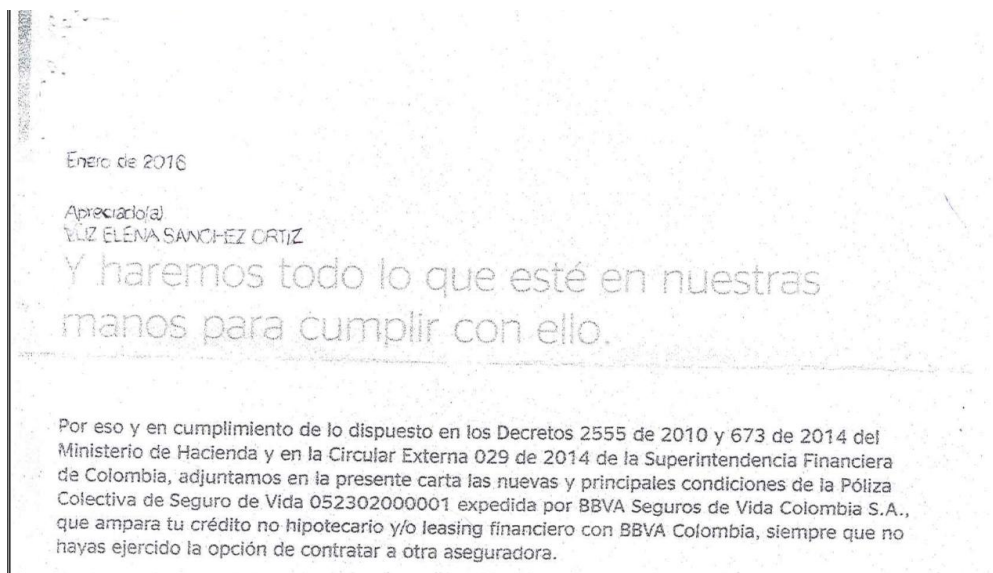
**FRENTE AL HECHO 5.1.:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. En todo caso, deberá ser probado lo aquí mencionado atendiendo a las cargas que impone el artículo 167 del C.G.P a la parte actora.

**FRENTE AL HECHO 6.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Sobre el particular debe indicarse que Banco BVVA S.A. y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. son entidades distintas, en ese sentido mi prohijada sólo podrá referirse a las comunicaciones dirigidas a ella. Además, debe indicarse que independientemente de que, según el dicho del

demandante, frente al pago de la prima, de todos modos, no se puede pasar por alto que el asegurador recibió el último recaudo por concepto de prima fue el 29 de diciembre de 2016 por el periodo de cobertura comprendido en el 29 de diciembre de 2016 al 28 de enero de 2017.

- **FRENTE A LOS HECHOS DENOMINADOS “SOBRE NUEVA POLIZA ANUNCIADA POR BBVA COLOMBIA S.A. EN DOCUMENTO CON FECHA DEL 2016”.**

**FRENTE AL HECHO 7.:** No me consta la comunicación a la que se hace mención, esto tomando en consideración que el nombre del destinatario y la fecha fueron escritas a mano, en esfera sobre puesta, tal como se muestra a continuación.



En todo caso, se informa que no existe una Póliza a nombre de la señora SANCHEZ ORTIZ identificada con tal número de acuerdo con el certificado macro que se aporta como elemento probatorio con esta contestación.

- **FRENTE A LOS HECHOS DENOMINADOS “FALLECIMIENTO DE LA ASEGURADA”.**

**FRENTE AL HECHO 8.:** Es cierto que la señora Luz Elena Sánchez falleció el 30 de noviembre de 2019, de acuerdo con el Registro Civil de Defunción que obra en el plenario.

Sin embargo, debe advertirse desde este momento que no puede perderse de vista que la acción derivada del contrato de seguro está prescrita en tanto el fallecimiento de la señora Luz Elena Sánchez acaeció el 30 de noviembre de 2019 y la demanda fue notificada hasta 17 de febrero de 2025. Sobre el particular, debe advertirse que la demanda radicada el 11 de mayo de 2023 no interrumpió la prescripción, porque pasó más de un año desde la admisión de la demanda (21 de septiembre de 2023), hasta la fecha en la efectivamente se notificó a la compañía aseguradora el 17 de febrero de 2025. Así mismo, aun cuando el Despacho considere que el término prescriptivo se pudo interrumpir por el requerimiento escrito en los términos del artículo 94 del Código General

del Proceso, esto ocurrió por única vez el 2 de diciembre de 2019. En ese sentido, el demandante tenía hasta el **16 de marzo de 2022**, teniendo en cuenta la suspensión de términos por la emergencia sanitaria derivada del Covid-19. En suma, es claro que las acciones derivadas del contrato de seguro están prescritas.

**FRENTE AL HECHO 9.** No me consta lo referido en el presente numeral, pues la manifestación realizada no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

En todo caso, debe advertirse desde este momento que, sin perjuicio que las acciones derivadas del contrato de seguro están prescritas, la señora Luz Elena fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en los contratos de seguro en calidad de asegurada. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la hipertensión arterial que padecía la señora Sánchez desde al menos el año 2008, no fueron informadas a mi representada en el momento de su inclusión en los contratos de seguro enunciados en el libelo. Hecho que de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en éstos, evidentemente se hubiere retraído de celebrar las mismas, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

**FRENTE A LOS HECHOS DENOMINADOS “PETICIONES FORMULADAS POR EL BENEFICIARIO – AHORA DEMANDANTE- ANTE “BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.” Y RESPUESTAS BRINDADAS POR ESTA ASEGURADORA”**

**FRENTE AL HECHO 10 Y 10.1.:** No es cierto como se expresa, si bien es cierto que el hoy demandante pretendía la afectación del contrato de seguro, el señor Gallego Gómez nunca individualizó en sus solicitudes, ni el contrato de seguro que pretendía afectar y sus solicitudes tampoco cumplían con los requisitos para acreditar la realización del riesgo. Razón por la cual, la compañía aseguradora tuvo que solicitar desde diciembre de 2019 al hoy demandante la remisión de documentos y precisiones sobre la solicitud que pretendía efectuar. Con ocasión a ello, fue posible advertir que el único contrato de seguro vigente para el momento del fallecimiento de la señora Luz Elena Sánchez Ortiz era la Póliza Vida Grupo Deudores No. 02 219 0000229860, que amparaba la Obligación No. 0013-0158-64-9611079144 y cuyo único beneficiario oneroso del 100% del valor asegurado el banco BBVA COLOMBIA S.A.

Aunado a lo anterior, luego de revisar la solicitud de indemnización elevada por el señor Gallego Gómez fue posible advertir que, la señora Luz Elena Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en los contratos de

seguro en calidad de asegurada. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la hipertensión arterial que padecía la señora Sánchez desde al menos el año 2008, no fueron informadas a mi representada en el momento de su inclusión en los contratos de seguro enunciados en el libelo. Hecho que de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en éstos, evidentemente se hubiere retraído de celebrar las mismas, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En consecuencia, el 3 de enero de 2020 se remitió respuesta a la petición del señor Gallego Gómez, objetando su solicitud de indemnización con base en los argumentos antes expuestos.

**FRENTE AL HECHO 11:** No es cierto como se expresa, si bien es cierto que el hoy demandante pretendía la afectación del contrato de seguro, el señor Gallego Gómez nunca individualizó en sus solicitudes, ni el contrato de seguro que pretendía afectar y sus solicitudes tampoco cumplían con los requisitos para acreditar la realización del riesgo. Razón por la cual, la compañía aseguradora tuvo que solicitar desde diciembre de 2019 al hoy demandante la remisión de documentos y precisiones sobre la solicitud que pretendía efectuar. Con ocasión a ello, fue posible advertir que el único contrato de seguro vigente para el momento del fallecimiento de la señora Luz Elena Sánchez Ortiz era la Póliza Vida Grupo Deudores No. 02 219 0000229860, que amparaba la Obligación No. 0013-0158-64-9611079144 y cuyo único beneficiario oneroso del 100% del valor asegurado el banco BBVA COLOMBIA S.A.

Aunado a lo anterior, luego de revisar la solicitud de indemnización elevada por el señor Gallego Gómez fue posible advertir que, la señora Luz Elena Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en los contratos de seguro en calidad de asegurada. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la hipertensión arterial que padecía la señora Sánchez desde al menos el año 2008, no fueron informadas a mi representada en el momento de su inclusión en los contratos de seguro enunciados en el libelo. Hecho que de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en éstos, evidentemente se hubiere retraído de celebrar las mismas, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En consecuencia, el 3 de enero de 2020 se remitió respuesta a la petición del señor Gallego Gómez, objetando su solicitud de indemnización con base en los argumentos antes expuestos.

Finalmente, no puede perderse de vista que la acción derivada del contrato de seguro está prescrita en tanto el fallecimiento de la señora Luz Elena Sánchez acaeció el 30 de noviembre de 2019 y la demanda fue notificada hasta 17 de febrero de 2025. Sobre el particular, debe advertirse que la demanda radicada el 11 de mayo de 2023 no interrumpió la prescripción, porque pasó más de un año desde la admisión de la demanda (21 de septiembre de 2023), hasta la fecha en la efectivamente se notificó a la compañía aseguradora el 17 de febrero de 2025. Así mismo, aun cuando el Despacho considere que el término prescriptivo se pudo interrumpir por el requerimiento escrito en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso, esto ocurrió por única vez el

2 de diciembre de 2019. En ese sentido, el demandante tenía hasta el **16 de marzo de 2022**, teniendo en cuenta la suspensión de términos por la emergencia sanitaria derivada del Covid-19. En suma, es claro que la acción derivada del contrato de seguro está prescrita.

**FRENTE AL HECHO 12.** No es cierto que la información brindada por mi representada. Por el contrario, lo que se advierte es que la información entregada por mi mandante es consistente con las certificaciones que se aportan como prueba.

En todo caso, no le consta a mi mandante la manera como la señora Sánchez organizara su información financiera, pues tal circunstancia no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P.

**FRENTE AL HECHO 13 Y 13.1.:** Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No es cierto que mi representada haya omitido información o sea inconsistente en la información proporcionada. Por el contrario, lo que se advierte es que la información entregada por mi mandante es consistente con las certificaciones que se aportan como prueba.
- No es cierto como se expresa que hubo información imprecisa frente a la Póliza Vital Hall Bancario No. 02-2080003294390, pues tal como se confesó en el hecho 4 y 5 del libelo, mi mandante en cumplimiento al deber de información explicó y entregó todo lo relacionado con el producto en mención. Sobre el particular, se advierte que el contrato de seguro al que se hace mención es el contenido en la Póliza Vital Hall Bancario No. 02-2080003294390 y no el que denomina el demandante Póliza No. VG011. En todo caso, debe advertirse que este contrato de seguro estuvo vigente desde el 29 de diciembre de 2011 hasta el 28 de enero de 2017.
- No es cierto que exista un contrato de seguro contenido en la Póliza No. 052302000001, conforme a la certificación macro que se allega con el presente escrito. En todo caso, no le consta a mi mandante que se haya remitido una comunicación en enero de 2016, puesto que como se reitera el nombre del destinatario y la fecha tiene unas letras sobre puestas, y el contenido de ésta no coincide con la información que reposa en las bases de datos de la compañía.

En todo caso, debe tomarse en consideración que para la fecha del fallecimiento de la señora Luz Elena Sanchez Ortiz solo se encontraba vigente la Póliza Vida Grupo Deudores No. 02-219-

0000229860 y aunado a ello, las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas en tanto que la parte actora, aun conociendo de los hechos el día 30 de noviembre de 2019, decidió presentar demanda tan solo 3 años, 5 meses y 11 días después de la ocurrencia de los hechos, por lo que no le asiste derecho alguno a la parte actora frente al contrato de seguro mencionado, ni a ninguno de los relacionados a lo largo del escrito de demanda por la apoderada del demandante.

**FRENTE AL HECHO 14.:** Lo referido en el presente numeral no es un hecho, son simples aseveraciones subjetivas carentes de sustento legal. En todo caso, debe advertirse que no es cierto que haya alguna inconsistencia, pues como se desprende de las pruebas que se allegan con el presente escrito, la información suministrada coincide con los productos contratados en vida por la señora Luz Elena Sánchez.

**FRENTE AL HECHO 15.** Lo referido en el presente numeral no es un hecho, son simples aseveraciones subjetivas carentes de sustento legal. En todo caso, debe advertirse que no es cierto que haya alguna inconsistencia, pues como se desprende de las pruebas que se allegan con el presente escrito, la información suministrada coincide con los productos contratados en vida por la señora Luz Elena Sánchez.

**FRENTE AL HECHO 16 Y 16.1.:** No es cierto como se expresa que hubo información imprecisa, por el contrario, tal como se confesó en el hecho 4 y 5 del libelo, mi mandante en cumplimiento al deber de información explicó y entregó todo lo relacionado con los productos contratados por la señora Luz Elena Sánchez. En todo caso, debe tomarse en consideración desde este momento que no se ha acreditado en el presente asunto la relación del demandante con la demandada y en todo caso, del contenido literal de los contratos de seguro aquí referidos es claro que no está legitimado en la causa por activa.

**FRENTE DEL HECHO 17 AL 17.3.:** No es cierto como se expresa que hubo información imprecisa, por el contrario, tal como se confesó en el hecho 4 y 5 del libelo, mi mandante en cumplimiento al deber de información explicó y entregó todo lo relacionado con los productos contratados por la señora Luz Elena Sánchez. En todo caso, debe tomarse en consideración desde este momento que no se ha acreditado en el presente asunto la relación del demandante con la demandada y en todo caso, del contenido literal de los contratos de seguro aquí referidos es claro que no está legitimado en la causa por activa.

**FRENTE AL HECHO 18. Y 18.1.:** Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que se llevó a cabo audiencia extrajudicial de conciliación en fecha del 6 de mayo de 2022 ante el CENTRO DE CONCILIACIÓN, ARBITRAJE Y AMIGABLE COMPOSICIÓN ASOCIACIÓN DE CONSUMIDORES DE MEDELLÍN, esto conforme al acta expedida por la mencionada entidad que fue allegada como respaldo probatorio de la presenta acción.

- La parte actora indica que remitió citación al correo [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com), cuando la dirección de notificaciones de mi representada para el año 2022 era el buzón electrónico [defensoriasseguros.co@bbvaseguros.co](mailto:defensoriasseguros.co@bbvaseguros.co), de manera que es claro que mi representada no fue notificada en debida forma de la citación a tal diligencia.

**FRENTE AL HECHO 19.** Es cierto, que mi prohijada no ha realizado pago alguno ni al demandante ni a su apoderada en razón a que no le asiste derecho alguno, máxime cuando no ha acreditado ni siquiera en sede de este proceso judicial su relación con la señora Luz Elena Sánchez. En todo caso, debe advertirse que, el único producto vigente para la fecha del fallecimiento de la señora LUZ ELENA SANCHEZ era la a Póliza Vida Grupo Deudores No. 02 219 0000229860, dentro del cual figuraba como beneficiario oneroso del 100% del valor asegurado el banco BBVA COLOMBIA S.A.

En todo caso, debe advertirse desde este momento que, sin perjuicio que las acciones derivadas del contrato de seguro están prescritas, la señora Luz Elena fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en los contratos de seguro en calidad de asegurada. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la hipertensión arterial que padecía la señora Sánchez desde al menos el año 2008, no fueron informadas a mi representada en el momento de su inclusión en los contratos de seguro enunciados en el libelo. Hecho que de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en éstos, evidentemente se hubiere retraído de celebrar las mismas, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

### **FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “A”.** Me opongo a que se declare que la indemnización corresponde a la suma de \$20.000.000, esto por cuando las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas, pues el demandante conoció de la ocurrencia de los hechos el 30 de noviembre de 2019 y tan solo realizó reclamación hasta el 11 de mayo de 2023 por medio de radicación de demanda que además fuere notificada a mi procurada el 17 de febrero de 2025. Así mismo, la apoderada de la parte actora solicita un valor indemnizatorio que no corresponde a la póliza que se encontraba vigente para la fecha de fallecimiento de la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ y en ese mismo orden de ideas, se solicita al Honorable Despacho dar aplicación al principio de congruencia contenido en la norma procesal que rige esta jurisdicción.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “B”.** Me opongo a que dicha declaración prospere, por cuanto como se ha mencionado las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran completamente prescritas y siendo esta consecencial, no le asiste derecho alguno. Aunado a ello,

no debe ser tomada en consideración esta petición, en tanto que solicitar indexación e intereses moratorios sobre una misma obligación es improcedente, pues la solicitud de una excluye la otra.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “C”:** ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es consecuencial de la anterior y como aquella es improcedente, esta también debe ser desestimada. Así mismo, es necesario tener en consideración que en virtud del artículo 1080 del Código de Comercio, sólo es factible reclamar intereses moratorios al asegurador, luego de la fase de valoración de la prueba, toda vez que sólo en desarrollo de esa labor de juzgamiento resulta posible determinar lo que se tuvo por probado en el proceso. En todo caso, debe advertirse que las acciones derivadas del contrato de seguro están prescritas en términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “D”.** ME OPONGO a que mi representada sea condenada al pago de costas y agencias en derecho por cuanto esta solicitud resulta consecuencial a las anteriores y en ese orden de ideas, no debe ser tomada en consideración y por el contrario debe ser desestimada.

### CAPÍTULO III

#### OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

En el caso a estudio se presentan suficientes razones para que sea improcedente e inviable conceder a la parte actora rubro alguno, esto en tanto que, en primera medida, como se ha venido explicando a lo largo de este escrito, las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas a la fecha, teniendo en cuenta que el demandante conoció del hecho el 30 de noviembre de 2019 y presentó su reclamación a los 3 años, 5 meses y 11 días del suceso.

Así mismo, la parte actora por medio de su apoderada judicial no realiza en estricto sentido un juramento estimatorio, sino que solamente enuncia rubros y valores sin indicar con claridad y coherencia el origen y correspondencia de los dineros solicitados.

Frente a ello el artículo 206 del Código General del Proceso ha sido claro al indicar que la estimación de los rubros solicitados debe estar “Razonablemente estimados” y “discriminar cada uno de sus conceptos”, por lo que la parte actora no cumplió con su deber impuesto al tenor de la letra.

#### ***“Artículo 206. Juramento estimatorio***

**Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente** bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, **discriminando cada uno de sus conceptos**. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea

*objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.*

*Formulada la objeción el juez concederá el término de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes.*

*Aun cuando no se presente objeción de parte, si el juez advierte que la estimación es notoriamente injusta, ilegal o sospeche que haya fraude, colusión o cualquier otra situación similar, deberá decretar de oficio las pruebas que considere necesarias para tasar el valor pretendido.*

*Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada.*

*El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda o cuando la parte contraria lo objete. Serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar o dejar sin efecto la condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento.*

*El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz.*

*PARÁGRAFO. También habrá lugar a la condena a la que se refiere este artículo a favor del Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. En este evento, la sanción equivaldrá al cinco por ciento (5%) del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.*

*La aplicación de la sanción prevista en el presente párrafo sólo procederá cuando la causa de la falta de demostración de los perjuicios sea imputable al actuar negligente o temerario de la parte”.*

Así las cosas, no existe una estimación clara, concisa y coherente frente a las estimaciones de la demanda y por tanto este juramento no tiene la capacidad de probar el monto de la cuantía de la acción.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **EXCEPCIONES DE MÉRITO**

##### **1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El Despacho debe tener en consideración que en este caso operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas de los contratos de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. En ese sentido, debe tenerse en cuenta que el primer requerimiento que recibió mi procurada fue la solicitud de indemnización radicada el día **2 de diciembre de 2019**, así como la suspensión de términos derivada de la emergencia sanitaria del COVID-19 por tres (3) meses y catorce (14) días, el término bienal se entendería surtido el **16 de marzo de 2022**. Sin embargo, la demanda fue radicada el 11 de mayo de 2023, cuando ya estaban prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro. En todo caso, debe advertirse que ésta tampoco pudo interrumpir el término de prescripción, en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso como quiera que, para que dicho presupuesto opere, los demandantes debían haber notificado a mi representada del auto admisorio de la demanda dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tal providencia de acuerdo con lo estipulado en el artículo 94 del Código General del Proceso. No obstante, tal como quedo constatado en Auto fechado del 13 de febrero de 2025 y publicado en los estados electrónicos del Despacho el día 14 de febrero de 2025, la notificación no se surtió sino hasta la expedición del referido Auto en que la Compañía Aseguradora se entendió notificada por conducta concluyente, fecha para la cual claramente ya había operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

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

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

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

*La prescripción EXTRAORDINARIA será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”*  
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro<sup>1</sup>:

*En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.*

**La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).**

*En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007<sup>2</sup>.*

*...comportan ‘una misma idea’<sup>3</sup>, esto es, que para el caso allí tratado no podían **tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad** ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era **“el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”**, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad<sup>4</sup>, no basta el acaecimiento del hecho que da base a*

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

<sup>2</sup> Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

<sup>3</sup> La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

<sup>4</sup> Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

*la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.*

De conformidad con lo anterior no queda duda que el termino prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto indudablemente la señora Luz Elena Sánchez falleció el 30 de noviembre de 2019 y, en esa misma calenda, quien dice ser su compañero permanente tuvo conocimiento de aquella situación. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezó a contar el termino de prescripción, es del 30 de noviembre de 2019 y que aquel corresponde al fenómeno ordinario, es decir de dos años. Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

*“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, **empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años,** mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.*

(...)

*En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”*

Continuando con lo aquí mencionado, es menester incluso analizar un escenario en el que pudiera considerarse una posible interrupción de la prescripción por la solicitud de indemnización que realizó el señor Gallego Gómez, frente a lo cual se anticipa que incluso en ese escenario la prescripción se consolidó con creces. En este sentido, debe considerarse lo preceptuado en el

artículo 94 del Código General de Proceso, pues señala que, en todas las clases de prescripciones, el requerimiento privado efectuado por el acreedor al deudor interrumpe el término que se encuentra en curso, siempre y cuando este sea escrito **y únicamente por la primera vez que se presente dicha solicitud**, a saber:

*“La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.*

*La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.*

*La notificación del auto que declara abierto el proceso de sucesión a los asignatarios, también constituye requerimiento judicial para constituir en mora de declarar si aceptan o repudian la asignación que se les hubiere deferido.*

*Si fueren varios los demandados y existiere entre ellos litisconsorcio facultativo, los efectos de la notificación a los que se refiere este artículo se surtirán para cada uno separadamente, salvo norma sustancial o procesal en contrario. Si el litisconsorcio fuere necesario será indispensable la notificación a todos ellos para que se surtan dichos efectos.*

**El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez.** (Subrayado y negrilla fuera del texto)

En este orden de ideas, para demostrarle al Honorable Despacho que incluso si en gracia de discusión se aceptara que la solicitud de indemnización que realizó el demandante el 2 de diciembre de 2019 surte los efectos de interrupción de prescripción conforme a lo previsto en el artículo 94 del CGP, aun así, la prescripción operó. Para el efecto será necesario tener en cuenta cuál es la fecha de ocurrencia del hecho que da base a la acción y que fue conocido por el hoy demandante, cual fue la fecha de la solicitud de indemnización y tercero cual fue la fecha de presentación de la demanda.

Ahora bien, debe precisarse que en el mes de diciembre de 2019 el demandante presentó una solicitud de indemnización a mi mandante, lo anterior debido a que, el día 3 de enero de 2021 mi representada respondió dicha petición, objetando la misma en razón a que, la asegurada había sido reticente por cuanto no informó los antecedentes patológicos que padecía previo a la celebración del contrato de seguro, tal como se muestra a continuación:



Aunado a lo anterior, aun considerando la suspensión de términos con ocasión a la emergencia sanitaria derivada del covid-19 que tuvo lugar entre el 16 de marzo de 2020 al 1 de julio de 2020 (3 meses y 14 días), no cabe duda de que desde cualquier arista en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro porque la parte demandante no interpuso su demanda dentro de los dos años siguientes sea desde la fecha en que falleció la asegurada o desde la primera solicitud de indemnización realizada en diciembre de 2019, incluso contando la suspensión de términos dicho término fenecía **el 16 de marzo de 2022** y la demanda se radicó el **11 de mayo de 2023**.

Aún si en gracia de discusión, se aceptara que la demanda pudo interrumpir el término, pese a que habían pasado más de un 1 año, 2 meses y 9 días de fenecido el término de prescripción. En todo caso, debe advertirse que ésta tampoco pudo interrumpir el término de prescripción, en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso como quiera que, para que dicho presupuesto opere, los demandantes debían haber notificado a mi representada del auto admisorio de la demanda dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tal providencia de acuerdo con lo estipulado en el artículo 94 del Código General del Proceso. No obstante, tal como quedo constatado en Auto fechado del 13 de febrero de 2025 y publicado en los estados electrónicos del Despacho el día 14 de febrero de 2025, la notificación no se surtió sino hasta la expedición del referido Auto en que la Compañía Aseguradora se entendió notificada por

conducta concluyente, fecha para la cual claramente ya había operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

En conclusión, teniendo en cuenta que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento de la señora Sánchez o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte del hoy demandante, es decir en el mes de diciembre de 2019, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 30 de noviembre de 20219 o al mes de diciembre de 2019 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 11 de mayo de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda. Máxime cuando con la demanda tampoco se pudo interrumpir el término, pues transcurrió más de un año desde que se notificó el auto que la admitió hasta que mi mandante fue notificada (14 de febrero de 2025).

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

## **2. APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE CONGRUENCIA**

En primer lugar, téngase en cuenta, que verificado el escrito de demanda se evidencia que, la parte actora no indica en ninguna de sus pretensiones cual es el contrato de seguro que pretende afectar, sino que tan solo solicita una indemnización sin referenciar la causa de la misma. En ese sentido, es necesario señalar que el principio de congruencia es la regla del derecho procesal, en virtud del cual el Juez se encuentra obligado a que sus decisiones sean concordantes con los hechos y pretensiones que se presentan en los escritos que se elevan ante los Despachos. El artículo 281 del Código General del Proceso, contempla los preceptos que debe seguir el Juez en sus sentencias de la siguiente forma:

*“ARTÍCULO 281. CONGRUENCIAS. La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley.*

*No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta.*

*Si lo pedido por el demandante excede de lo probado se le reconocerá solamente lo último.*

*En la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio.*

*PARÁGRAFO 1o. En los asuntos de familia, el juez podrá fallar ultrapetita y extrapetita, cuando sea necesario para brindarle protección adecuada a la pareja, al niño, la niña o adolescente, a la persona con discapacidad mental o de la tercera edad, y prevenir controversias futuras de la misma índole.*

*PARÁGRAFO 2o. En los procesos agrarios, los jueces aplicarán la ley sustancial teniendo en cuenta que el objeto de este tipo de procesos es conseguir la plena realización de la justicia en el campo en consonancia de los fines y principios generales del derecho agrario, especialmente el relativo a la protección del más débil en las relaciones de tenencia de tierra y producción agraria.*

*En los procesos agrarios, cuando una de las partes goce del amparo de pobreza, el juez de primera o de única instancia podrá, en su beneficio, decidir sobre lo controvertido o probado aunque la demanda sea defectuosa, siempre que esté relacionado con el objeto del litigio. Por consiguiente, está facultado para reconocer u ordenar el pago de derechos e indemnizaciones extra o ultrapetita, siempre que los hechos que los originan y sustenten estén debidamente controvertidos y probados.*

*En la interpretación de las disposiciones jurídicas, el juez tendrá en cuenta que el derecho agrario tiene por finalidad tutelar los derechos de los campesinos, de los resguardos o parcialidades indígenas y de los miembros e integrantes de comunidades civiles indígenas”.*

En virtud de lo anterior, se puede concluir que: i) no es válido emitir fallos ultra petita, es decir, sentencias en las cuales se condene al demandando por una cantidad superior a la solicitada en el líbello de la demanda, o sentencias que concedan más de lo pedido. ii) Tampoco se pueden emitir fallos extra petita, es decir, sentencias en las cuales se condene al demandado con base en pretensiones distintas a las deprecadas en la demanda y iii) no pueden ser proferidas sentencias por causas distintas a las invocadas en el petitum de la demanda.

En cuanto a la importancia del principio de congruencia, la Corte Constitucional ha indicado:

*“La jurisprudencia de esta Corporación **ha definido el principio de congruencia “como uno de los elementos constitutivos del derecho fundamental al debido proceso consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política, en la medida que impide determinadas decisiones porque su justificación no surge del proceso por no responder en lo que en él se pidió, debatió, o probó.** Además ha establecido que siempre que exista falta de congruencia en un fallo se configurara un defecto y, por tanto, será procedente la tutela contra providencia judicial con el fin de tutelar el derecho constitucional fundamental al debido proceso.*

(...)

24.2. De lo expuesto hasta el momento, se puede concluir que el juez debe tomar su decisión de manera congruente con los hechos, pretensiones y excepciones probadas dentro del proceso. **Por lo tanto, no podrá proferir una sentencia en la que se pronuncie acerca de algo que no fue solicitado por las partes (extra petita) o en la que otorgue más de lo pedido (ultra petita),** pero tampoco podrá fallar sin pronunciarse acerca de todas las pretensiones, pues de lo contrario deberá explicar de manera suficiente las razones por las cuales omitió referirse a algún pedimento. **El principio de congruencia de la sentencia, además garantiza el oportuno uso del derecho de defensa por parte de las partes, puesto que les permite hacer uso de cada una de las herramientas establecidas en la ley para ello**<sup>5</sup>.” (Subrayado y negrilla fuera de texto)

En este orden de ideas, resulta incuestionable que el juez al momento de fallar no podrá desbordarse de las pretensiones propuestas. Es claro entonces que la sentencia que resuelve la demanda está sometida al principio de congruencia. Así las cosas, se evidencia a través de preceptos legales y jurisprudenciales que el Juez está en la obligación de garantizar el derecho de defensa y debido proceso dentro de las actuaciones judiciales, a las partes intervinientes en el proceso, en el sentido de no proferir sentencia sobre aspectos adiciones a los solicitados por las partes, o que no hayan sido solicitados. Teniendo en cuenta todo lo previamente mencionado, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Se evidencia en el escrito de demanda no contiene pretensiones precisas y claras formuladas en contra de la compañía de seguros que represento, desconociendo lo reglado en el Código General del Proceso.

<sup>5</sup> Sentencia T-455 de 2016, Corte Constitucional. Magistrado Ponente: ALEJANDRO LINARES CANTILLO.

Así las cosas, y de la lectura de las pretensiones no se evidencia ninguna en la cual se solicite hacer efectiva alguna de las Pólizas que adquirió la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ en vida. Razón por la cual, el Juez no podrá ordenar el pago de suma alguna en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Lo anterior, por cuanto el reclamante en el presente asunto, en ningún momento solicitó la afectación de póliza alguna dentro de sus pretensiones, sino que solo mencionó tener derecho a una indemnización, sin mencionar el contrato de seguro de la cual deriva.

En conclusión, se evidencia como en el presente asunto la parte no siguió los lineamientos dispuestos en el Código General del Proceso para la presentación de la demanda, pues ni siquiera planteó pretensiones claras en el escrito. Es por ello que, bajo el principio de congruencia, al juez no le es dable en el contenido de la sentencia ordenar la afectación de Póliza alguna expedida por mi representada. Razón por la cual, el Juez no podrá pronunciarse o decidir más allá de lo consignado en las pretensiones de la demanda, y de la lectura de ellas, se denota que la parte llamante no solicitó la afectación de la Póliza en mención.

### **3. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA VITAL HALL BANCARIO NO. 02 208 0003294390.**

### **4. LA NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la asegurada, señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de sus aseguramientos, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, pues que de haber sido conocidos por mi representada, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que este sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”<sup>6</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

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

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

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le*

---

<sup>6</sup> 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.

*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.<sup>7</sup> “(Subrayado y negrita fuera del texto original).***

Es claro que la Corte Constitucional, en la citada sentencia de tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que la asegurada omita informar o informe inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se mencionó que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía a la asegurada y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a duda, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

*Pese a lo anterior, en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código de Comercio, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora.<sup>8</sup>”(Subrayado y negrita fuera del texto original)*

<sup>7</sup> Corte Constitucional, sentencia T-437 de 2014.

<sup>8</sup> Corte Constitucional, sentencia T-196 del 2007.

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

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio”.<sup>9</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

En el mismo sentido, pero esta vez en sentencia del 03 de abril de 2017, Magistrado Ponente Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado No. 11001- 31-03-023-1996-02422-01, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>10</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

<sup>9</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

<sup>10</sup> 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.

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

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

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

*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.”<sup>11</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

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

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

---

<sup>11</sup> 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.

pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**<sup>12</sup> (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 uberrima buena fe, vincula

<sup>12</sup> Corte Constitucional, sentencia C-232 de 1997.

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el mes de agosto de 2017, época en la cual la señora LUZ ELENA SANCHEZ solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora LUZ ELENA SANCHEZ las respondió de manera negativa, aun cuando tenía pleno conocimiento que aquello constituía una falta a la verdad.

Es decir, que, aunque, la señora SANCHEZ conocía de su padecimiento de salud relacionado con enfermedad cardiovascular como lo es la hipertensión, con anterioridad al mes de agosto de 2017, negó la existencia de su enfermedad a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citadas declaraciones de asegurabilidad, en la que se evidencia la omisión en la respuesta, faltando a la verdad por parte de la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 10 de agosto de 2017:**

|                                                                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?                                                                                         |  |
| ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?                               |  |
| TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS                                                                                                        |  |
| PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLORES, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO                                 |  |
| BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO                                                                                       |  |
| REUMATISMO, ARTRITIS, GOTAS O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA                                                               |  |
| ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS   |  |
| DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZON                                                       |  |
| ENFERMEDADES RENALES, CÁNCERES, PROSTATA, TESTÍCULOS                                                                                       |  |
| ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO                                          |  |
| ULCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO |  |
| ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS                                          |  |

**Documento:** *Solicitud/certificado individual de seguro del 10 de agosto de 2017.*

**Transcripción esencial:** *“¿Dolor de pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón? No.”*

Visto lo anterior, la aseguradora indagó a la señora LUZ ELENA SANCHEZ sobre su condición de salud y frente a dichos interrogantes la asegurada manifestó a tal cuestionamiento que NO, de tal manera, que está claro que fue faltó a la verdad al suscribir la declaración de asegurabilidad generándose así las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso la señora LUZ ELENA SANCHEZ respondió de forma omisiva y faltando a la verdad a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen

una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que la asegurada conocía de su diagnóstico de hipertensión arterial alta y omitió poner dicho padecimiento en conocimiento de mi representada al momento de firmar su formulario de asegurabilidad. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que su aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co como resultado de la reticencia con la que la señora LUZ ELENA SANCHEZ suscribió su declaración de asegurabilidad, pues el juzgado, además de lo ya mencionado, debe tener en cuenta que estas enfermedades padecidas por la demandante no es inofensiva, sino que representaron un gran riesgo de agravación, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

En efecto, es posible observar que la señora SANCHEZ tenía conocimiento de su estado de salud, pues tal como se lee en el documento anterior, su enfermedad de hipertensión arterial tenía una evolución de 9 años al momento de solicitar su aseguramiento, sin embargo, no se entiende por qué la señora SANCHEZ no informó a mi representada de sus disminuciones de salud. En otras palabras, acontecimientos de esta envergadura son eventos que las personas no olvidan con facilidad y en tal virtud, es incuestionable que debió informarse a la Aseguradora antes del perfeccionamiento de los seguros. De esta manera, es de suma importancia tener en cuenta que, según las reglas de la experiencia, las Compañías de Seguros se abstienen de asegurar, o por lo menos lo hacen en condiciones más onerosas, cuando se está ante potenciales asegurados con un antecedente de semejante envergadura. En consecuencia, en el caso concreto la voluntad de mi representada se vio viciada en su consentimiento, debido a que creyó estar asegurando una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente aseguró a una persona que se tenía padecimientos de casi una década atrás. De manera que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de sus aseguramientos.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ ya contaba con antecedente de hipertensión arterial desde hacía 9 años antes a la solicitud de aseguramiento realizada en el mes de agosto de 2017, fecha en la que se perfeccionó su contrato de seguros y **(ii)** que esta patología es sumamente relevante para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la

reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

**Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.** En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como

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

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye la enfermedad y antecedente anteriormente referido y que, por supuesto la asegurada debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

- Formulario suscrito el 10 de agosto de 2017.

|                                                                                                                   |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <i>¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?</i>                                                        | <i>(NO)</i> |
| <i>¿Sufre alguna incapacidad física o mental?</i>                                                                 | <i>(NO)</i> |
| <i>¿Ha sufrido sufre alguna enfermedad profesional?</i>                                                           | <i>(NO)</i> |
| <i>¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?</i>  | <i>(NO)</i> |
| <i>¿Trastorno mental o psiquiátrico?</i>                                                                          | <i>(NO)</i> |
| <i>¿Parálisis, epilepsia, vértigos temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso?</i> | <i>(NO)</i> |
| <i>¿Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino?</i>                                                     | <i>(SI)</i> |
| <i>¿Reumatismo, artritis, gota o enfermedad de los huesos, músculos o columna?</i>                                | <i>(NO)</i> |

¿Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón? (NO)

(...)

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de la asegurada había sido diagnosticado con hipertensión arterial hacía 9 años atrás, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre el padecimiento de enfermedades del corazón, en la que se indica específicamente si sufría tensión arterial alta.

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR PUNTA DE LUMILLAS

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Estatura: 1.51 m. Peso: 51 kg. Fuma: No. Cuántos cigarrillos diarios? 0

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO O POR DROGADICCIÓN?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?

TRANSFORMOS MENTALES O PSICOMÁTRICOS

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TENSORES, DOLOR DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

BOLDO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTAS O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZON

ENFERMEDADES RENALES, CALCULOS, PROSTATA, TESTICULOS

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ULCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RORQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO

¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:

Documento: Solicitud/certificado individual seguro de fecha 10 de agosto de 2017.

En resumen, la señora LUZ ELENA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en el contrato de seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las enfermedades que padecía la demandante con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

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

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

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

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

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

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

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

precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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

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

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico.*

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

*necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.<sup>13</sup>*

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

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo**, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”<sup>14</sup>*

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

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

<sup>13</sup> Corte Constitucional, sentencia T-058 del 12 de junio de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez.

<sup>14</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es el quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.<sup>15</sup>

No sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer la ausencia de esta carga en cabeza de las compañías aseguradoras:

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe.”<sup>16</sup>*

En esa misma línea, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del Código de Comercio, explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con buena fe, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de la información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador

<sup>15</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

<sup>16</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editores Ltda., 2010. P. 164.

del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**”<sup>17</sup>.(Subrayado y negrilla fuera de texto original).*

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

<sup>17</sup> Corte Constitucional, sentencia C-232 de 1997.

*“Así las cosas, no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica del asegurado para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto uberrima bona fidei”.*<sup>18</sup>

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

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

*Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad.”*<sup>19</sup>  
(Subrayado y negrilla fuera de texto original).

<sup>18</sup> Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, sentencia del 4 de abril de 2017

<sup>19</sup> Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, sentencia del 26 de Octubre de 2016.

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

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

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

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

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

Resulta fundamental recordar que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió la señora LUZ ELENA SANHEZ al momento de la suscripción de su aseguramiento el 10 de agosto de 2017.

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

***“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)”*** 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.”<sup>20</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

*“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que **en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».**”*<sup>21</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del Código de Comercio, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**”<sup>22</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado

<sup>22</sup> Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997.

del riesgo y, no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

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

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

**7. 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 NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.**

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que se tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, como el que ha acaecido con la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ, 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 la señora LUZ ELENASANCHEZ fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente su estado del riesgo y faltó a la verdad al omitir informar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y pasados y que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

## 8. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE SERGIO GALLEGO GÓMEZ

La legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto, motivo por el cual es indispensable el examen acucioso de la configuración y cumplimiento por parte del extremo demandante de la carga probatoria que le atañe para la petición de rubros indemnizatorios como consecuencia del hecho acaecido. Es por lo anterior que para el caso que nos atañe, el documento idóneo para probar la legitimación en la causa del señor Sergio Gallego Gómez, en su presunta calidad de compañero permanente de la asegurada Luz Elena Sánchez, sería mediante escritura pública, sentencia judicial o acta de Centro de Conciliación. Todo lo anterior conforme con lo establecido en el artículo 2° de la Ley 979 de 2005, según el cual:

*“ARTÍCULO 2o. El artículo [4o.](#) de la Ley 54 de 1990, quedará así:*

*Artículo 4o. La existencia de la unión marital de hecho entre compañeros permanentes, se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos:*

- 1. Por escritura pública ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes.*
- 2. Por Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido.*
- 3. Por sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los Jueces de Familia de Primera Instancia.”*

No obstante, al validar este documento, resulta ostensible la carencia del mismo, motivo por el cual se configura una falta al deber que le acaece a la parte demandante de probar la calidad en la que actúan, impidiendo a todas luces cualquier tipo de reconocimiento o indemnización en cabeza del solicitante, quien se limitó solo a alegar su presunta calidad pero no a probarla.

En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tienen las partes con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

*“(…) **la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio**, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al*

*mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”<sup>23</sup>.*  
(subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

*“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. **Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones,** toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”<sup>24</sup>* (subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

*“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)”<sup>25</sup>.*

Es más, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de estas

<sup>23</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, sentencia del veinticinco (25) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571-01(1275-08).

<sup>24</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

<sup>25</sup> Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P Maria Elena Giraldo, Rad: 10973

con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la sentencia expuso:

*“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. **En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.**”* (subrayado y negrilla fuera del texto original)<sup>26</sup>

Con todo, se puede concluir que si no existe una relación de alguna de las partes con los hechos del proceso, no habrá legitimación en la causa y el juzgador no podrá proferir una sentencia que acceda a las pretensiones. En el caso de marras, se vislumbra la falta de legitimación en la causa por activa respecto al señor Gallego, toda vez que no acreditó con los medios legalmente establecidos la relación de presunta unión marital de hecho en la que sustentan sus perjuicios. Razón por la cual, no es jurídicamente procedente declarar indemnización alguna a su cargo, por los hechos de este litigio.

Del análisis jurisprudencial señalado y su contraste con el caso que nos ocupa, se extrae que el señor Sergio Gallego, del cual se alega la calidad de compañero de la señora Sánchez (Q.E.P.D.), no está legitimado en la causa por activa para actuar en el presente proceso, toda vez que no acreditó la relación por la cual comparece a este proceso con pretensión indemnizatoria, al no obrar en el expediente ninguna prueba o elemento de juicio suficiente para probar tal circunstancia.

En conclusión, el señor Segio Gallego, no está legitimado para solicitar tales indemnizaciones y en consecuencia, resulta clara la improcedencia de reconocimientos a favor de esta. Razón por la cual, solicito al Despacho tener como probada esta excepción frente a la ausencia de legitimidad en la causa por activa del señalado para solicitar cualquier tipo de reconocimiento por eventuales perjuicios en este proceso.

## 9. 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

---

26 Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Renteria.

la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co).

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

### **EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS**

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

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

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

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

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

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

*colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.”*

*En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.<sup>27</sup> (...)*

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

*“(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.<sup>28</sup> (...)”*

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 la única póliza vigente para el momento del fallecimiento de la señora SANCHEZ era la que amparaba la obligación terminada en los números 9144. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y, por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de

<sup>27</sup> Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

<sup>28</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tomada en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

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

## PRUEBAS

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

### 1. DOCUMENTALES

- 1.1. Certificado macro emitido por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
- 1.2. Certificación individual de seguro Póliza Vida Grupo Deudor No. 02-219-0000229860
- 1.3. Detalle de primas Póliza Vida Grupo Deudor No. 02-219-0000229860
- 1.4. Póliza Vida Grupo Deudor No. 02-219-0000229860, junto con su condicionado general.
- 1.5. Certificación individual de seguro Póliza Vital Hall Bancario No. 02-2080003294390.
- 1.6. Detalle de primas Póliza Vital Hall Bancario No. 02-2080003294390.
- 1.7. Póliza Vital Hall Bancario No. 02-2080003294390., junto con su condicionado general.
- 1.8. Derecho de petición y constancia de radicación dirigido a la Nueva E.P.S.

### 2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte el señor **SERGIO GALLEGUE GOMEZ** en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **SERGIO GALLEGUE GOMEZ** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

### 3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

## TESTIMONIALES

- 2.1. Sírvasse citar y hacer comparecer a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, funcionaria 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 Demandante. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de las pólizas, 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 pólizas que atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la parte Demandante, así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el Asegurado, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá y en el correo electrónico [defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co).

- 2.2. Solicito se sirva citar a la doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., de los Contratos de Seguro objetos del presente litigio.

La doctora Agudelo podrá ser citado en la Calle 13 No. 10 -22, apartamento 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico [camilaortiz2797@gmail.com](mailto:camilaortiz2797@gmail.com)

## 4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 4.1. 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 señor **SERGIO GALLEGO** para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ identificada en vida con cédula de ciudadanía No. 32.408.168, desde el año 2000 hasta el año 2017.

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

- 4.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **NUEVA E.P.S**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2017, La Historia Clínica e información solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fuera la entidad a la cual se encontraba la tomadora al momento de su fallecimiento.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes de la demandante al momento de suscribir su certificado individual de seguro, así como demostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

La **NUEVA E.P.S** puede ser notificado en la Carrera 85K No. 46A-66 de Bogotá D.C., Colombia y al correo electrónico [secretaria.general@nuevaeps.com.co](mailto:secretaria.general@nuevaeps.com.co)

## 5. PRUEBA POR OFICIOS

- 5.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **NUEVA E.P.S**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ identificada en vida con cédula de ciudadanía No. 32.408.168, desde el año 2000 hasta el año 2017.

Vale la pena agregar, que el documento solicitado se encuentra en poder la referida entidad, dado que fue la entidad a la cual la señora SANCHEZ ORTIZ se encontraba afiliada al momento de su fallecimiento, tal como se puede observar en los documentos arrimados al proceso por la parte Actora. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías previas y antecedentes que la señora SANCHEZ ORTIZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad.

La **NUEVA E.P.S** puede ser notificado en la Carrera 85K No. 46A-66 de Bogotá D.C., Colombia y al correo electrónico [secretaria.general@nuevaeps.com.co](mailto:secretaria.general@nuevaeps.com.co)

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

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

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito*

respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”. Comedidamente se le solicita al honorable despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica de la Asegurada. Es importante aclarar que el mencionado documento 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 las entidades e instituciones prestadoras de salud, pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

### ANEXOS

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

### NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Carrera 11Año. 94ª-23 oficina 2021 en la ciudad de Bogotá o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto: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](mailto:judicialesseguros@bbva.com)

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

Del señor Juez, respetuosamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.