

Señores

**JUZGADO SEGUNDO (2º) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
DE POPAYÁN**

j02prpcppn@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE: LUIS RODRIGO ROMERO Y OTROS
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO
RADICADO: 190014189002-2023-00603-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el presente, manifiesto que, dentro del término legal, presento **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por los señores Luis Rodrigo Romero y Otros, contra mi procurada, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho.

I. OPORTUNIDAD

Con el objeto de verificar los términos de contestación a la demanda, se tiene que el día 18 de julio del 2024 allegó correo electrónico de notificación personal a mi procurada, informando la presentación de la presente acción judicial en contra de la misma. Así las cosas, y de conformidad con lo descrito en el Artículo 8 de la Ley 2213 del 2022, se tiene que la notificación personal “*se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje*”, así las cosas, encontrando que el mensaje de texto fue enviando el día 18 de julio del 2024, contabilizando los dos días hábiles, se tiene que el término de diez (10) días hábiles para contestar la demanda, comienzan a regir desde el 23 de julio del 2024, por lo cual la radicación del presente escrito se efectúa en término.

II. CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Procedo a pronunciarme frente a cada uno de los hechos de la demanda en la misma forma y en el mismo orden cronológico en que fueron planteados, así:

Frente al hecho “1”: No le consta a mi procurada lo expuesto en el presente apartado, comoquiera que lo descrito por la activa es una circunstancia que desconoce plenamente mi procurada, sin embargo, con el escrito genitor se aportaron una serie de registros civiles de nacimiento, que dan cuenta de la relación filial de los demandantes.

Frente al hecho “2”: No le consta a mi procurada lo expuesto en el presente apartado, comoquiera que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., es una entidad totalmente ajena al Banco BBVA, siendo esta última la entidad con la cual la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) contrajo la obligación manifestada.

Frente al hecho “2.1”: Frente del contrato de seguro que ampara la obligación adquirida por la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), es cierto que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., emitió la póliza de seguro vida Deudores No. 022050001910466 con certificado No. 00130721524001243516, la cual fue formalizada el día 02 de octubre del 2019, en la que se incluyó a la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), en calidad de asegurada. Sin perjuicio de lo anterior, cabe destacar desde ya que la póliza antes mencionada no podrá ser afectada, por cuanto se configuró la Nulidad relativa del contrato de seguro. En efecto, es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que la Asegurada fue reticente. Lo anterior, debido a que, en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, concretamente, negó la existencia de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cirrosis hepática enfermedades diagnosticadas con anterioridad al mes de octubre del 2019. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado, así:

Declaración de asegurabilidad que data del 01 de octubre del 2019

BBVA

Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236207219600374858

CERTIFICADO INDIVIDUAL
CONSUMO Y COMERCIAL No.

Amplios: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración e Inutilización

Fecha contabilización del crédito

2019

10

01

Oficina

Popayán

Ciudad

popayán

Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.

C.C. o NIT: 860.003.020-1

Vigencia desde

Año / Mes / Día

Vigencia hasta

Fin del crédito 1/10/27

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos

Rosa M^{ra} de Jesús Romero de Romero

Identificación

30.705.787

Edad

66

Dirección

Cl 11# 14-54

Teléfono

3135252812

Ciudad

Popayán

Fecha de nacimiento

1-9-53

12

06

Genero

X

M

Ocupación/Profesión

Educador

Datos del Seguro

Tasa

%

Extra Prima

%

Ancor (TP)

S

No

Valor Asegurado

36.500.000

Número de Obligación

9600374858

Prima Mensual

\$

Periodicidad

Vr. Prima Total

\$

Beneficiarios del Seguro

Nombres Completos e Identificación

Parentesco

% Participación

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura

1.60

cm

Peso

60

Kg

SI

No

¿ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, dñloria, discopatia?

X

¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?

X

¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

X

¿sufre alguna incapacidad física o mental?

X

¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.

X

¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?

X

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

Colindando con lo anterior, es claro como no existe duda alguna de que el presente caso la señora Rosa Romero (q.e.p.d.), respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En ese 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 la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que la señora Romero (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre del 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,

Centro Empresarial Chipichape

+57 315 577 6200 - 602-6594075

Bogotá - Calle 69 No.04-48 Of. 502, Ed. Buro 69

GHA

ABOGADOS & ASOCIADOS

MFJ | 3

viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo. Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda respecto de mi representada, toda vez que el contrato de seguro se encuentra afectado de nulidad.

Frente al hecho “3”: De acuerdo con el Registro de Defunción, la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), falleció el 12 de septiembre del 2022.

Frente al hecho “3.1”: No le consta a mi procura cual o cuales hubieran sido todas las gestiones, solicitudes o reclamaciones que hubiera efectuado el señor Rodrigo Romero ante el Banco BBVA Colombia S.A., ya que como se ha expuesto antes, dicha entidad financiera es totalmente ajena a mi procurada BBVA Seguros de Vida S.A.

Frente al hecho “3.2”: Es cierto que el Banco BBVA, trasladó ante mi procurada una solicitud formulada por el señor Rodrigo Romero, donde efectivamente, la compañía aseguradora BBVA Seguros de Vida S.A., objetó la misma, en atención a que se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia. Ciertamente, la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.), omitió declarar cuáles eran las enfermedades que padecía, las cuales fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cirrosis hepática, y que fueron diagnosticadas con anterioridad al mes de octubre del 2019, adicionalmente de la Historia Clínica emitida por la Clínica Dumian, se tiene que para el 09 de agosto del 2021, la señora Romero fue diagnosticada con Adenocarcinoma con color ascendente, que tampoco fue informado a mi representada, por lo que es claro, que, si mi representada hubiera conocido dichas enfermedades, esta evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. De manera que las enfermedades que padecía la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), y que fueron omitidas al momento de tomarse el seguro, cumplen los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad del seguro No. 022050001910466, y por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda respecto de mi representada.

Frente al hecho “4”: El presente apartado no es un hecho propiamente dicho, sino que es claro como el apoderado de la activa hace una interpretación subjetiva de un pronunciamiento jurisprudencial, el cual no fue relacionado con ninguna circunstancia fáctica que motive la presente demanda. Sin perjuicio de lo anterior, resulta necesario expone que con base en la misma sentencia citada por el apoderado de la activa, se expone que **no** existe obligación alguna en cabeza de la compañía aseguradora en realizar exámenes médicos previos a la solicitud de asegurabilidad, destacando que la sentencia de la Corte Suprema de Justicia SC 3791 del 2021, manifiesta que la compañía aseguradora tiene “**la potestad**” de decidir si hace o no los exámenes médicos a los tomadores del seguro, destacando que en ningún apartado de dicha providencia se hace

alusión a que exista **obligación** de la compañía aseguradora de hacer exámenes médicos previos. Además, valga resaltar que, la nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia tiene fundamento en la falta del deber que le asistía al asegurado al momento de solicitar el aseguramiento, pues en ese momento debía declarar sinceramente su estado de salud, pues nadie más que la señora Romero lo conocía a profundidad. Entonces, esta consecuencia jurídica adversa para el asegurado se genera por la omisión en que incurrió, al no declarar las enfermedades padecidas, al momento de diligenciarse la declaración de asegurabilidad, y aquello tiene lugar independientemente del hecho de que la enfermedad que haya llevado al deceso del asegurado sea distinta a la omitida. Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda respecto de mi representada.

Frente al hecho “5”: el presente apartado tiene tres manifestaciones, ante las cuales me pronuncio así:

- Frente a que la aseguradora no realizó exámenes médicos en la fase precontractual, se reitera que no existe **obligación** en cabeza de la compañía aseguradora en ordenar y/o realizar la práctica de exámenes médicos a los asegurados del contrato, pues como ya se expuso en el hecho inmediatamente anterior BBVA Seguros de Vida S.A., tiene la potestad de decidir si hace o no exámenes médicos en la etapa precontractual, ya que precisamente para descartar el hecho de la realización de los exámenes médicos, en el formato de solicitud de asegurabilidad, se encuentra contenido un cuestionario donde se debe incorporar la información del estado de salud del asegurado, el cual debe ser contestado con la verdad, partiendo del principio de buena fe, destacando que tal cuestionario contiene preguntas claras y legibles, como se observa en el caso de la señora Rosa Romero en la declaración de asegurabilidad adjunta a este escrito.

El cuestionario expuesto a la señora Romero (q.e.p.d.), no contiene información de riesgo (preexistencia de enfermedades) que haya sido manifestada a la compañía aseguradora, por cuanto se observa claramente que la respuesta a cada una de las preguntas efectuadas respecto de su estado de salud fueron “NO”, situación que claramente no le permitía saber a BBVA Seguros de Vida S.A., la existencia de algún tipo de riesgo en cabeza del asegurado, para el caso particular siendo la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), por cuanto no existió ningún tipo de indicio y manifestación que diera lugar a determinar que la compañía aseguradora debía realizar exámenes médicos a la hoy fallecida.

- Frente a que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), para el día 01 de octubre del 2019 padecía quebrantos de salud, es una circunstancia que no le consta a mi procurada, ya que como se ha expuesto, en la etapa precontractual, se le hace entrega a la señora Romero de un formato de solicitud de asegurabilidad, dentro del

cual se incluye un cuestionario relacionado a identificar el estado de salud del asegurado, donde en el caso particular, la señora Rosa Romero (q.e.p.d.) marcó de manera negativa cada una de las preguntas relacionadas con su estado de salud, como se observa en el siguiente extracto:

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	Peso		
1.60	60.		
		cms	Kg
		SI	No
¿ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?			X
¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			X
¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			X
¿sufre alguna incapacidad física o mental?			X
¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.			X
¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

Adicionalmente, el mismo formato en su parte inferior tiene un título en negrillas el cual dice “**No firme esta solicitud sin leer este texto**”, y se incluye una explicación clara donde se expone que el cliente está obligado a suministrar información veraz y verificable, destacando que ahí mismo se consigna que el cliente afirma que la información contenida en el formato es exacta, completa y verídica y que una vez firmado acepta que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del C. Co., como se observa:

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

No firme esta solicitud sin leer este texto

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio

Artículo 1068 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. " La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato ".

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

Rosa de Romero

Firma del Solicitante

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

Del apartado anterior es claro cómo, de acuerdo con los documentos suscritos por la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), la compañía aseguradora no tuvo conocimiento alguno de que la hoy fallecida presentaba quebrantos de salud, y que la

información suministrada era verídica.

- Sin perjuicio de lo anterior, al respecto cabe resaltar que del escrito genitor se puede concluir que la activa reconoce que la señora Romero (q.e.p.d.) **si** padecía quebrantos de salud al momento de suscribir la solicitud de asegurabilidad (01/10/2019), y esta omitió informar de dicha situación y de incluirla dentro del cuestionario que se le puso de presente, configurando de esta manera la reticencia establecida en el Art. 1058 del C. Co. Por lo que en virtud del Art. 191 del C.G.P., se tenga como confesada la preexistencia de enfermedades antes de la suscripción de asegurabilidad.
- Finalmente cabe exponer que la edad que tenía la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) al momento de solicitar la asegurabilidad, siendo 66 años de edad, no es un impedimento para que la misma hubiera solicitado la asegurabilidad con BBVA Seguros de Vida S.A., y esta hubiera sido otorgada, ya que de acuerdo con la información otorgada por la tomadora y/o asegurada manifestó que no tenía afectaciones en su estado de salud, y las condiciones de la póliza vida deudor expone que dicho seguro puede ser otorgado a personas hasta los 74 años para el amparo básico y 69 años para el amparo de incapacidad total y permanente, como se observa:

CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	
Aplica para el amparo básico:	
•	Edad mínima de ingreso: 18 años
•	Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días
•	Permanencia: Hasta el fin del crédito.
Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente:	
•	Edad mínima de ingreso: 18 años
•	Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
•	Permanencia: 71 años más 364 días.

De acuerdo con lo anterior, es claro como la edad que tenía la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), al momento de solicitar la asegurabilidad, la cual era de 66 años, no era ningún impedimento para que la compañía aseguradora expidiera la póliza Vida Deudor No. 022050001910466.

Frente al hecho “5.1”: No le consta a mi procurada lo expuesto en el presente hecho, ya que cualquier la condición de salud fue plenamente desconocida para la compañía aseguradora. Sin embargo, cabe destacar que la activa reconoce y afirma que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), si fue diagnosticada con cirrosis, y que de acuerdo con la literatura científica se tiene que la cirrosis es *daño crónico hepático causado por una enfermedad prolongada (crónica) del hígado¹*, y en la mayoría de los casos, *el hígado no puede sanar o retornar a su funcionamiento normal una vez que el daño es grave. La cirrosis puede llevar a complicaciones serias²*. En este orden de ideas, solicito que en atención a lo determinado en el Art. 191 del C.G.P., se tenga como confesado lo expuesto por la activa dentro del escrito genitor.

De conformidad con lo expuesto y atendiendo la literatura científica, es claro como el diagnóstico de la cirrosis con el que contaba la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), era de gran importancia para la compañía BBVA Seguros de Vida S.A., ya que dicha enfermedad es identificada como crónica, y traer consigo complicaciones de otros órganos, que incluso pueden desembocar un cáncer. Es por ello que, conocer suficientemente los antecedentes médicos de los tomadores y/o asegurados es muy importante para mi procurada, ya que de esta manera seguramente la compañía aseguradora no hubiera suscrito el contrato de seguro o de haberlo suscrito, las condiciones del mismo hubieran sido diferentes.

Frente al hecho “6”: El presente apartado tiene dos afirmaciones ante las cuales me pronuncio así:

- Respecto de que en el formulario no se constató anomalía por parte del personal que atendió a la señora Romero (q.e.p.d.), es importante recordar que la única persona que tiene conocimiento sobre su propio estado de salud es el asegurado, ya que claramente dicha circunstancias hacen parte de la esfera personal de las personas. Por lo tanto, **sobre ella recaía la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo.** Resulta necesario destacar que en el formulario de asegurabilidad que ese le puso de presente a la señora Romero contiene claramente la firma de esta última, lo que concluye que la misma entendió claramente el contenido del mismo, como se observa:

¹<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000255.htm#:~:text=La%20cirrosis%20es%20la%20mayor%C3%ADa,Consumo%20excesivo%20de%20alcohol>.

² Ibidem

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

No firme esta solicitud sin leer este texto.

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1068 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".

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

Rosa de Romero
Firma del Solicitante

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

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

Para constancia se firma en Popayán, a los 01 días del mes de Octubre de 2019.

Rosa de Romero
Firma del Solicitante

D.O. 21
Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882-0

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

Del apartado anterior, es claro como la rúbrica de la señora Romero (q.e.p.d.), en el formulario de solicitud de asegurabilidad, permite concluir que la misma entendió a cabalidad toda la información que se encontraba en el formulario, incluida la información sobre el estado de salud.

- Respecto de que el formulario no permite incluir información sobre el estado de salud, no es cierto, ya que las preguntas incluidas en el formulario son generales, y otorga un espacio en blanco para detallar la enfermedad, como se observa:

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			Si	No
Estatura	1.60 cms	Peso 60. Kg		
¿ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				X
¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				X
¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿sufre alguna incapacidad física o mental?				X
¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.				X
¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				
* Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.				

Del apartado anterior, es claro como resulta **no** ser cierto lo afirmado por la activa, en cuento que el formulario es claro respecto de las preguntas relacionadas con el estado de salud del solicitante. Inicialmente se observa que la primera pregunta del cuestionario dice: “**¿ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: informado al miocardio, enfermedad coronaria, ¿trombosis o accidente cerebro vascular, EPOC, ASMA, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?**”, ante la cual la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) respondió “NO”, destacando que en la Historia Clínica emitida por la Clínica Dumian se evidencia que la hoy fallecida fue diagnosticada con EPOC, desde el 15 de mayo del 2015 y nunca informó de tal padecimiento médico a la aseguradora, como se observa:

2015-05-15	
19:59	alejandra.tejada - MARIA ALEJANDRA TEJADA GONZALEZ
	TERAPIA RESPIRATORIA: PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 61 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE UROLITIASIS, EPOC EXACERVADO, ANTECEDENTE DE CIRROSIS HEPATICA ,COON SOPORTE DE OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO CON BUENAS PULSOXIMETRIAS 96% A LA EVALUACION TIPO DE TORAX NORMOEXPANSIVO, A LA AUSCULTACION MVP CON ESCASOS RUIDOS SOBREGREGADOS EN CAMPO PULMONAR DERECHO A NIVEL BASAL, A LA PALPACION NO HAY MASAS NI

- Por otro lado, dentro del mismo cuestionario, la pregunta seis dice: “**¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?**”, pregunta ante la cual la señora Romero (q.e.p.d.), respondió “NO”, reiterando que tanto la Historia Clínica emitida por Dumian y la afirmación efectuada en la demanda la señora Rosa Romero (q.e.p.d.), había sido diagnosticada con Cirrosis desde el 14 de mayo del 2015, situación de salud que tampoco informó a la compañía aseguradora, como se observa en el siguiente extracto de la historia clínica:

2015-05-14	*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): FEMENINA DE 61 AÑOS, CON HSITORIA DE CIRROSIS HEPATICA CONTROLADA, + GASTRITIS ACUDIO A URGENCIAS POR DOLOR ABDOMINAL SEVERO DE INICIO SUBITO, ACOMPAÑADO DE VOMITOS, DOLOR LOCALIZADO SIEMPRE EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO, SE OBSERVA A SU INGRESO PACIENTE MUY ALGICA, PALIDA, DESHIDRATADA, SE ORDENO ANALGESIA, CON MEJORIA LEVE DE SU SINTOMATOLOGIA DE INGRESO, SE TOMAN PARACLINICOS QUE MUESTRAN HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA Y TROMBOCITOPENIA LEVE, ADEMAS PARCIAL DE ORINA SUGESTIVO DE IVU + POSIBLE LITIASIS RENAL, CONSIDERO HOSPITALIZAR PACIENTE PARA INICIAR TRATAMIENTO ANTIBIOTICO ENDOVENOSO, MANEJO DE DOLOR, ECO ABDOMINAL TOTAL, EXPLICO A PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA A SEGUIR, REFIEREN ENTENDER HALLAZGO OBJETIVO: TA: 140/78 MMHG FC:74/MIN FR:20/MIN NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, PIEL PALIDA, CUELLO MOVIL, TORAX. SIMETRICO, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS ABDOMEN: PERISTALSIS + NO MASAS, DOLOR A PALPACION EN FLANCO IZQUIERDO, PUÑOPERCUSION POSITIVA GU: SIN ALTERACION EXTREMIDADES: NO EDEMA SNC: SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO
------------	---

En ese orden de ideas, es importante reiterar que la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) había sido diagnosticada con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cirrosis hepática, las cuales NO fueron declaradas a la compañía aseguradora al momento de tomar el contrato de seguro, resaltando que el formulario es claro y contiene espacio para especificar cada una de las enfermedad, destacando que esta información es de importancia para BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., ya que de haberla conocido evidentemente la hubieren retraído de celebrar el contrato de seguro, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

Frente al hecho “6.1”: No le consta a mi representada lo manifestado en el presente hecho, destacando que el formulario de asegurabilidad está firmado por la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), **lo que efectivamente constata que aquella leyó, revisó y resolvió cualquier duda que tenga al respecto**, ya que se reitera que el formato de asegurabilidad es plenamente legible, y es obligación del solicitante, informarse previamente el contenido del o los documentos que vaya a suscribir³. Sin perjuicio de ello, se resalta que la activa no informó los datos de identificación del asesor comercial, a sabiendas que el señor Luis Rodrigo Romero presuntamente acompañó a la hoy fallecida. En ese orden de ideas, y atendiendo lo determinado por el Art. 167 del C.G.P., le corresponde a la activa probar su dicho.

Frente al hecho “7”: Lo expuesto en el presente apartado no es un hecho, sino un requisito

³ <https://www.sic.gov.co/deberes-y-derechos-como-consumidor>

de procedibilidad que le asistía a la activa cumplirlo.

Frente al hecho “8”: Es cierto de acuerdo con el memorial poder adjunto con el escrito genitor.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurada la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que dicha señora suscribió el certificado individual de seguro, además, la demandante no se encuentra legitimadas en la causa por activa, al no ser el beneficiario del seguro y en gracia de discusión.

FRENTE A LAS PRETENSIONES PRINCIPALES

Frente a la pretensión primera: **ME OPONGO** a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente viable solicitar la afectación del seguro de vida deudor No. 022050001910466, exigir prestación alguna respecto de BBVA Seguros de Vida S.A., toda vez que, la demandante no se encuentra legitimadas en la causa por activa, al no ser el beneficiario del seguro y en gracia de discusión, y además, es claro que la señora Rosa Romero (q.e.p.d.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento en octubre del 2019. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes en su estado de salud, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para la Compañía Aseguradora. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cirrosis hepática con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en el contrato de seguro. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora Romero (q.e.p.d.) para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Frente a la pretensión segunda: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto resulta ser consecuencia de la anterior pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Ahora bien, en cualquier caso, debe tenerse en cuenta que, debido a que el seguro que hoy ocupa la atención de despacho es un seguro de vida grupo deudor, esto implica que, en el remoto e improbable evento, de existir obligación indemnizatoria, la misma se suscribiría únicamente al pago del saldo insoluto de la obligación al momento del fallecimiento a favor únicamente del Banco BBVA.

Frente a la pretensión tercera: ME OPONGO a esta pretensión, por cuanto la activa en ningún momento expuso dentro de sus argumentos fácticos que hubiera incurrido en algún tipo de erogación económica con ocasión a la obligación adquirida por la señora Romero en vida, en favor del Banco BBVA. La parte demandante no aportó prueba siquiera sumaria de que efectivamente hubiera incurrido en algún pago, para que el mismo sea objeto de devolución.

En ese orden de ideas, no existiría lugar a reembolsar ninguna suma económica en favor de los demandantes y mucho menos de ser susceptible de aplicarle un interés moratorio, ya que, de acuerdo, ya que estos nacen en el momento en el que efectivamente el despacho encuentre probada la responsabilidad civil, siendo la sentencia. Sin embargo, reitero mi oposición, toda vez que, se repite, en el presente caso se configura la nulidad relativa por reticencia de acuerdo con el Art. 1058 del C.Co., lo que llevaría a la inviabilidad de afectar la póliza vida deudor aquí vinculada.

FRENTE A LAS PRETENSIONES SUBSIDIARIAS

Frente a la pretensión primera: Coadyuvo la posición de la activa de declarar la nulidad relativa del contrato de seguro formalizado en la póliza seguros de vida deudor No. 022050001910466, en atención a la configuración de la reticencia, al encontrar demostrado que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) omitió informar a la compañía aseguradora su condición médica verdadera, información relevante para la compañía BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., ya que de haber sabido dicha circunstancia la hubiera obligado a abstenerse de celebrar el contrato o pactar condiciones más onerosas.

Frente a la pretensión segunda: ME OPONGO al reconocimiento de esta pretensión, comoquiera que al encontrarse configurada la reticencia en los términos del Art. 1058 del C. Co., es preciso manifestar que la norma expone que **la compañía aseguradora tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena**, tal como lo determina el Art. 1059 del C. Co., por lo que, en el caso particular, al encontrar que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) omitió informar a la compañía aseguradora su verdadero estado de salud, al no manifestar que había sido diagnosticada con la enfermedad pulmonar

obstructiva crónica- EPOC, y cirrosis hepática con anterior a la solicitud de asegurabilidad (01 de octubre del 2019), es claro que fue reticente, y dicha información es relevante para BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., ya que en atención a ello, mi procurada se hubiera abstenido de celebrar el contrato de seguro, o en su defecto hubiera pactado condiciones más onerosas. Por lo que, el despacho al declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por la configuración de la reticencia debe reconocer que a título de sanción, la compañía aseguradora tiene el derecho de retener la totalidad de las primas y **no** de hacer reintegros, como lo pretende la activa.

Además, la demandante no se encuentra legitimadas en la causa por activa, al no ser el beneficiario del seguro y en gracia de discusión.

Frente a la pretensión tercera: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto resulta ser consecuencia de la anterior pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Ahora bien, la misma no es susceptible de aplicarle un interés moratorio, ya que estos nacen en el momento en el que efectivamente el despacho encuentre probada la responsabilidad civil, siendo la sentencia. Sin embargo, reitero mi oposición, toda vez que, se repite, en el presente caso se configura la nulidad relativa por reticencia de acuerdo con el Art. 1058 del C.Co., lo que llevaría a la inviabilidad de afectar la póliza vida deudor aquí vinculada, y la pena por ello, es la retención del valor total de las primas pagadas en favor de la compañía aseguradora.

Frente a la pretensión cuarta: ME OPONGO a la pretensión de condena al pago de costas y agencias en derecho elevada por la parte demandante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho. Adicionalmente cabe destacar que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la necesidad de un reproche jurídico por parte de la demandada, se condene en costas a los demandantes, pues sometió al extremo pasivo y a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el juramento estimatorio de la demanda en los siguientes términos:

No puede obviarse que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) fue reticente en

virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes de su estado de salud, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para BBVA Seguros de Vida S.A. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica- EPOC, y cirrosis hepática con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en el contrato. En este sentido, basta con evidenciar la Historia Clínica de la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia, destacando que la activa afirma dentro de los argumentos fácticos del escrito genitor, que efectivamente la señora Romero (q.e.p.d.) fue diagnosticada con cirrosis hepática.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que, debido a que el seguro que hoy ocupa la atención de despacho es un seguro de vida grupo deudor, esto implica que, en el remoto e improbable evento, de existir obligación indemnizatoria, la misma se suscribiría únicamente al pago del saldo insoluto de la obligación al momento del fallecimiento. Situación que en este caso no se ha probado, pues afirmar que la obligación y en consecuencia lo que se pretende se ciñen a la suma de 19 SMLMV es desacertado. Lo mencionado, porque lo cierto es que sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna la obligación se ciñe al saldo insoluto de la obligación a fecha 12 de septiembre del 2022, tal como se especifica en las condiciones generales de los contratos de seguro vida deudor, veamos:

“(...) Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.

Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor (...) (énfasis añadido)

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

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA POR PARTE DE LA SEÑORA ROSA MARÍA DE JESÚS ROMERO (Q.E.P.D.)

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, en octubre del 2019, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, esto es, la enfermedad pulmonar de obstrucción crónica – EPOC y la cirrosis hepática que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, los cuales padecía antes de solicitar su inclusión en el aseguramiento, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en este.

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

“(…) Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C. Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia (...)”⁴. (Subrayado fuera del texto original)

⁴ 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.

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

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

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

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

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

En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a 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 Civil.

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

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el

suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio (...)”⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“(…) Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio (...)”⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“(…) Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.

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

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud,

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

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

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 (...)”⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

*que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio (...)***

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 dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 01 de octubre del 2019, fecha en la cual la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en la cual la pregunta consignada fue redactada de manera que cualquier persona pudiese entenderla y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de la pregunta, la señora Romero (q.e.p.d.) la respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que esta respuesta negativa constituía una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Rosa Romero (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos

de salud con anterioridad al mes de octubre del 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de asegurabilidad de fecha 01 de octubre del 2019:

BBVA

Seguros

SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236207219600374858

CERTIFICADO INDIVIDUAL
ONSUMO Y COMERCIAL No.

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización					
Fecha contabilización del crédito 2019 10 01	Oficina Popayán	Ciudad popayán			
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C.e NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde Año / Mes / Día	Vigencia hasta Hasta del crédito a los 27 meses		
Datos del Asegurado		Identificación	Edad		
Nombres y Apellidos Rosa M ^{re} de Jesús Romero de Romero		30.705.787	66		
Dirección CH 14# 14-54		Teléfono 813 525 2812	Ciudad Popayán		
Fecha de nacimiento 1-9-53 12-06	Genero F	Ocupación/Profesión Educatory			
Datos del Seguro					
Tasa %	Extra Prima %	Anexo (TP) Si ☐ No ☐	Valor Asegurado 36.500.000	Número de Obligación 9600342887	
Prima Mensual \$	Periodicidad	Vr. Prima Total \$			
Beneficiarios del Seguro					
Nombres Completos e Identificación		Parentesco	% Participación		
Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas					
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)					
Estatura 1.60	cms	Peso 60.	Kg	Si	No
¿ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?					X
¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					X
¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					X
¿sufre alguna incapacidad física o mental?					X
¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.					X
¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					

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

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió la señora Romero (q.e.p.d.) es de gran importancia precisar cuáles son las enfermedades que padece y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) no informó a mi representada que padecía de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cirrosis hepática, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cirrosis hepática son anteriores al mes de octubre del 2019:

LA ENFERMEDAD PULMONAR DE OBSTRUCCIÓN CRÓNICA – EPOCA



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: ROSA MARIA DE JESUS ROMERO ROMERO		IDENTIFICACION: CC 30705787	HC: 30705787 - CC
POBLACIÓN VULNERABLE:		PERTENENCIA ETNICA: MESTIZA	
FECHA DE NACIMIENTO: 6/12/1953	EDAD: 61 Años	SEXO: F	TIPO AFILIADO: Particular
RESIDENCIA: CALLE 11 NUMERO 14-54	CAUCA-POPAYAN	TELEFONO: 3113450301	CELULAR: 3155252812
EMAIL: rodrimero1@hotmail.com		OCUPACION: MAESTROS DE NIVEL MEDIO DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:		PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:		PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 14/5/2015 - 16:21:42	FECHA EGRESO: 19/5/2015 - 14:40:16		CAMA: 117-B
DEPARTAMENTO: 160102 - HOSPITALIZACION - CLINICA SANTAGRACIA		SERVICIO: HOSPITALARIO	
PLAN: COSMITET MAGISTERIO CAUCA HOSPITALIZACION(C_SANTA GRACIA)-			
ESTADO CIVIL: Casado(a)			3b1043c00133013a0989422e37da52d7

Imprimió: WILSON LEAL - wilson.leal

Fecha Impresión: 2022/9/29 - 12:36:57

ANTECEDENTES--	DETALLE			
Alergicos	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	NO	P	NIEGA	2015-05-14
Alimentacion				
Cardiovascular				
Cerebro vascular				
Crecimiento y Desarrollo				
Hospitalarios				
Infecciosos				
Inmunologicos				
Metabolicos				
Otros	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	SI	P	CIRROSIS HEPATICA + HIPERTENSION PORTAL.	2015-05-16
	SI	P	PROPANOLOL COLCHICINA ESOMEPRAZOL	2015-05-14
Pediatricos				
Quirurgicos	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	SI	P	COLECISTECTOMIA. HISTERECTOMIA. SAFENECTOMIA. CORRECCION DE ANEURISMA FEMORAL. APENDICECTOMIA.	2015-05-16
Respiratorio	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	SI	P	EPOC	2015-05-16

Documento: Historia clínica – 14 de mayo del 2015 – Transcripción parte esencial:
“antecedentes: Otro: cirrosis hepática + hipertensión portal
Respiratorios: EPOC”

Colindando con lo expuesto, es claro como la señora Romero (q.e.p.d.), para octubre del 2019 ya había sido diagnosticada con EPOC y cirrosis hepática – **desde antes del mayo del 2015.** En consecuencia, no puede ser más claro 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 su aseguramiento.

CIRROSIS HEPÁTICA



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: ROSA MARIA DE JESUS ROMERO ROMERO		IDENTIFICACION: CC 30705787		HC: 30705787 - CC	
POBLACIÓN VULNERABLE:		PERTENENCIA ETNICA: MESTIZA			
FECHA DE NACIMIENTO: 6/12/1953		EDAD: 61 Años	SEXO: F	TIPO AFILIADO: Particular	
RESIDENCIA: CALLE 11 NUMERO 14-54		CAUCA-POPAYAN	TELEFONO: 3113450301	CELULAR: 3155252812	
EMAIL: rodrimero1@hotmail.com		OCUPACION: MAESTROS DE NIVEL MEDIO DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA			
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:		PARENTESCO:		TELEFONO:	
NOMBRE ACOMPAÑANTE:		PARENTESCO:		TELEFONO:	
FECHA INGRESO: 14/5/2015 - 16:21:42		FECHA EGRESO: 19/5/2015 - 14:40:16		CAMA: 117-B	
DEPARTAMENTO: 160102 - HOSPITALIZACION - CLINICA SANTAGRACIA		SERVICIO: HOSPITALARIO			
PLAN: COSMITET MAGISTERIO CAUCA HOSPITALIZACION(C_SANTA GRACIA)-					
ESTADO CIVIL: Casado(a)				3b1043c00133013a0989422e37da52d7	
Imprimió: WILSON LEAL - wilson.leal				Fecha Impresión: 2022/9/29 - 12:36:57	

ANTECEDENTES--	DETALLE			
Alergicos	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	NO	P	NIEGA	2015-05-14
Alimentacion				
Cardiovascular				
Cerebro vascular				
Crecimiento y Desarrollo				
Hospitalarios				
Infecciosos				
Inmunologicos				
Metabolicos				
Otros	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	SI	P	CIRROSIS HEPATICA + HIPERTENSION PORTAL.	2015-05-16
	SI	P	PROPRANOLOL COLCHICINA ESOMEPRAZOL	2015-05-14
Pediatricos				
Quirurgicos	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	SI	P	COLECISTECTOMIA. HISTERECTOMIA. SAFENECTOMIA. CORRECCION DE ANEURISMA FEMORAL. APENDICECTOMIA.	2015-05-16
Respiratorio	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	SI	P	EPOC	2015-05-16

Documento: Historia clínica – 14 de mayo del 2015 – Transcripción parte esencial:

“antecedentes: Otro: cirrosis hepática + hipertensión portal

Respiratorios: EPOC”

*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
FEMENINA DE 61 AÑOS, CON HISTORIA DE **CIRROSIS** HEPÁTICA CONTROLADA, +
GASTRITIS ACUDIO A URGENCIAS POR DOLOR ABDOMINAL SEVERO DE INICIO SUBITO,
ACOMPANADO DE VÓMITOS, DOLOR LOCALIZADO SIEMPRE EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO,
SE OBSERVA A SU INGRESO PACIENTE MUY ALGICA, PALIDA, DESHIDRATADA, SE ORDENÓ
ANALGESIA, CON MEJORA LEVE DE SU SINTOMATOLOGÍA DE INGRESO, SE TOMAN
PARACLINICOS QUE MUESTRAN HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA Y TROMBOCITOPENIA
LEVE, ADemás PARCIAL DE ORINA SUGESTIVO DE IVU + POSIBLE LITIASIS RENAL,
CONSIDERO HOSPITALIZAR PACIENTE PARA INICIAR TRATAMIENTO ANTIBIOTICO
ENDOVENOSO, MANEJO DE DOLOR, ECO ABDOMINAL TOTAL, EXPLICO A PACIENTE Y
FAMILIAR CONDUCTA A SEGUIR, REFIEREN ENTENDER

Documento: Historia Clínica – 14 de mayo del 2015 Transcripción esencial:

*“Femenina de 61 años, con historia de **cirrosis hepática** (...)”*

De los apartados anteriores, se demuestra fehacientemente que, **desde mayo del 2015**, la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) fue diagnosticado con cirrosis hepática.

En adición, no puede pasarse por alto que esta información fue plenamente corroborada dentro del escrito de la demanda, donde la activa afirma y confiesa que la señora Romero fue diagnosticada con tal enfermedad, como se observa en el siguiente extracto del escrito genitor:

5.1.- Adicionalmente, cabe señalar que si bien en algún momento su médico tratante diagnosticó a la señora **ROMERO DE ROMERO (Q.E.P.D.)**, con cirrosis, es lo cierto que posteriormente dicha enfermedad fue descartada, esta situación se colige si en cuenta se tiene que la fallecida jamás recibió un tratamiento por esta enfermedad.

De acuerdo con el apartado anterior, es importante traer a consideración lo determinado por el Art. 191 del C.G.P., dentro del cual se encuentra se debe tener como confesado el hecho de que la señora Romero (q.e.p.d.), si padecía enfermedades preexistentes antes de la solicitud de asegurabilidad.

Así las cosas, es evidente como el EPOC y la cirrosis hepática es una enfermedad prolongada en el tiempo en la medida que el asegurado la padeció con anterioridad a la solicitud de aseguramiento de la Póliza de Seguro de Vida Deudor No. 022050001910466 y en consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que la señora Rosa Romero (q.e.p.d.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

De acuerdo con lo anterior, es claro como en el caso en discusión, la información omitida

por la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.), era sumamente importante para la compañía aseguradora, pues es claro como la misma con base en dicha información hubiera tomado la decisión de abstenerse de celebrar el contrato de seguro y/o en su defecto hubiera estipulado condiciones más onerosas. Adicionalmente, de conformidad con lo extraído de la historia clínica de la hoy fallecida señora Rosa Romero, resulta claro como el asegurado y tomador conocía claramente cuáles eran sus padecimientos de salud (estado del riesgo), en especial la enfermedad pulmonar de obstrucción crónica - EPOC, y la cual está relacionada con la causa de muerte de la misma, tal cual lo confirmó el señor Luis Romero, dentro de los argumentos expuestos en la acción de tutela, evidenciados en el fallo emitido por el Juzgado 15 Civil Municipal de Cali, y el certificado emitido por la clínica Dumian.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) ya contaba con una serie de diagnósticos de EPOC y cirrosis hepática con anterioridad al mes de octubre del 2019, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste 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. También se resalta que estos antecedentes médicos son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, de hecho, en el mismo condicionado general de la póliza se establece en la cláusula sexta de las condiciones de la póliza:

**CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN
INEXACTA O RETICENTE**

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

Respecto de la declaración el estado del riesgo, tal cual como se ha señalado anteriormente, es un aspecto sumamente importante y relevante para la compañía aseguradora, tanto así que la jurisprudencia se refiere a la misma en los siguientes términos:

“(…) la declaración del estado del riesgo es un aspecto de cardinal importancia en esta clase de negociaciones, en tanto permite al asegurador conocer las particularidades del hecho futuro e incierto cuya cobertura va a asumir y valorar la conveniencia de contratar o no las eventuales condiciones especiales.

Esa “carga de información” implica para el tomador o asegurado el deber de exteriorizar de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, además especialísima, la realidad del riesgo que se pretende amparar, toda vez que cuando guarda silencio respecto de los datos importantes para la expresión del consentimiento de la aseguradora, se desconoce la evocada primicia que “obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y el cumplimiento de las cláusulas

en él previstas” (Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC5327-2018, reiterada en STC1410-2021) (...)”⁸ (negritas y subrayado propio)

Así las cosas, y de conformidad con lo determinado en diferentes providencias, la manifestación del estado del riesgo, es una carga de información que le compete única y exclusivamente al tomador y asegurado, el cual debe manifestar de manera veraz y oportuna la realidad del riesgo que se pretende amparar. Llevando lo aquí dicho al caso en concreto, es más que claro, que la señora Rosa Romero (q.e.p.d.), tenía la obligación de manifestar de manera cierta y veraz cuales eran sus padecimiento de salud pasados y/o presentes, de conformidad al formulario de asegurabilidad expuesto al momento de solicitar la asegurabilidad con mi procurada, situación que evidente no ocurrió, por cuanto ha quedado claro que la señora Romero, respondió de manera negativa a cada uno de los cuestionamiento que se formularon.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular la pregunta de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el asegurado debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces asegurado, lo siguiente:

- *¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: Infarto al miocardio, enfermedad coronaria, ¿trombosis o accidente cerebro vascular, **EPOC, asma**, diabetes, **hipertensión**, disfonía, discopatía? **(No)***
- *¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? **(No)***
- *¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? **(No)***
- *¿Sufre alguna incapacidad física o mental? **(No)***
- *¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado. **(No)***
- ***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? (No)***

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) había sido diagnosticada con la enfermedad pulmonar

⁸ Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, sentencia No. 013, del 19 de marzo del 2024, MS. Sandra Cecilia Rodríguez Eslava.

obstructiva crónica – EPOC y cirrosis hepática, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por el EPOC y (ii) que a pesar de que la señora Romero (q.e.p.d.) había sido diagnosticada con cirrosis crónica, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre la existencia de problemas de salud, (iii) que si bien ella padecía de sendas enfermedades, la señora Rosa Romero (q.e.p.d.) negó sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) padecía y conocía de la existencia de enfermedad pulmonar de obstrucción crónica – EPOC y de la cirrosis hepática. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

Por esas razones, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A CARGO DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. DE PRATICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL

Si bien la parte actora pretende tratar de endilgar a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza de la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro.

Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos Tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en

el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

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

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

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el

principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁹.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales¹⁰. 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 (...)”¹¹. (Subrayado fuera del texto original)

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

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

⁹ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

¹⁰ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹¹ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe (...)" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹²

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 aun, 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 Gutiérrez¹³, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

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

¹² Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

¹³ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

“(…) Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (…)”¹⁴ (subrayado fuera del texto original).

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

“(…) Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación,

¹⁴ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5ª ed. Colombia.: Dupre Editordrs Ltda., 2010. P, 164.

consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio (...)"
(Subrayado fuera del texto original)

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

Así las cosas, de acuerdo con todo lo expuesto, es claro que en el caso que se ventila, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., el efectuar exámenes médicos a la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que tiene la **obligación** de informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

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

Ahora, pese a que se alega que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) no tuvo la supuesta oportunidad de manifestar que padecía de algunas enfermedades, ya que esta

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

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

“(…) 4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (…) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer 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 (...)”¹⁵ (negrilla y subrayas fuera del texto)

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema

¹⁵ 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.

de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁶, 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» (…)” (Subrayas fuera del texto original).

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

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

¹⁶ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

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

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

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

4. PARA LA DECLARACIÓN DE LA NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA 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

La nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia se abre paso independientemente de que exista o no un nexo causal entre las enfermedades no declaradas y la causa de la

muerte o la incapacidad y permanente. En el presente caso más allá de la situación que es reprochable prevista en el artículo 1058 C.co y por la que se deriva la consecuencia jurídica de la nulidad es la falta del deber que le asiste en este caso al asegurado de declarar con exactitud los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, en este caso es claro que la señora Romero declaró tener un estado de salud óptimo y ello no es así, a pesar de que era plenamente conocedora de las mismas, por lo que es claro que deberá declararse la nulidad relativa.

En línea con lo anterior, es válido establecer 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 C-232 de 1997 fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

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

han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336) (...)" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Sin perjuicio a lo anterior, resulta importante exponer que de acuerdo al contenido del fallo de tutela emitida por el Juzgado Quince Civil Municipal de Cali, el cual fue aportado por la activa, la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.), falleció por un INFARTO AL MIOCARDIO, situación esta que de conformidad con la literatura médica científica, las personas que padecen de EPOC, tienen mayor incidencia en sufrir eventos cardiovasculares, además se incrementan tras una exacerbación, incluyendo infarto agudo de miocardio¹⁷. En ese orden de ideas, es más que claro que la enfermedad pulmonar de obstrucción crónica – EPOC, la cual padecía la señora Rosa Romero (q.e.p.d.), tuvo incidencia en el deceso de la misma, por lo que era necesario que la compañía aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., debía conocer de tal antecedente médico, lo que hubiera implicado que la misma se abstenga de celebrar el contrato de asegurabilidad o establecer condiciones más onerosas sobre el mismo.

En conclusión, cuando la señora Romero solicitó su seguro diligenció una declaración de asegurabilidad en donde omitió declarar su verdadero estado de salud y es este el hecho reprochable porque con ello vició el consentimiento de la compañía aseguradora para quien era de vital importancia contar con esa información a fin de decidir si otorga o no el amparo o hacerlo en condiciones más onerosas, pues lo cierto es que no es lo mismo asegurar a una persona con excelente estado de salud a asegurar a una persona que padecía la enfermedad pulmonar de obstrucción crónica – EPOC y cirrosis hepática toda vez que estas

¹⁷ <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-el-continuo-epoc-riesgo-cardiovascular0214916814001296#:~:text=Diversos%20estudios%20han%20demostrado%20una,incluyendo%20infarto%20agudo%20de%20miocardio>

condiciones incrementan las posibilidades de que acaezca el riesgo asegurado. Así las cosas, no queda duda que en razón a la preexistencia de las enfermedades no declaradas, el despacho deberá declarar la nulidad relativa que contempla el artículo 1058 del C.Co para ello.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

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

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

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

Colindando con la norma expuesta, es claro como mi representada, BBVA Seguro de Vida de Colombia S.A., está facultada para realizar la retención de la prima a título de pena, atendiendo la configuración de la reticencia del Art. 1058 del Código de Comercio.

En conclusión, dado que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena, tal cual lo dispone la norma mercantil antes señalada.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

6. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA EN CABEZA DE LA PARTE DEMANDANTE, PARA SOLICITAR LAS PRESTACIONES DEL CONTRATO DE SEGURO

En el presente caso, la demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento de la prestación derivada del contrato de seguro expedido por mi representada, comoquiera que no ostenta la calidad de beneficiaria en el contrato de seguro. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad bancaria.

En este orden de ideas no puede perderse de vista que la legitimación en la causa es el primer presupuesto que debe evaluarse antes de realizar cualquier estudio sobre un caso en particular. 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 la demandante (...)”¹⁸ (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 (...)”¹⁹.*

¹⁸ 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

¹⁹ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P María Elena Giraldo, Rad: 10973

En el mismo sentido, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso:

“(...) 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 (...)”²⁰ (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora, en lo que concierne específicamente a casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, al indicar que:

“(...) A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado. Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S.A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el “único legitimado para efectuar la reclamación.

(...) En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que en ningún error de hecho, con las características de manifiesto y trascendente, pudo incurrir el Tribunal, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan (...)

²⁰ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería

Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda” que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor. Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el “único” legitimado para reclamar la indemnización, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios. Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda “contra los otros codeudores solidarios si los hay (...)”

²¹(Subrayado y negrita fuera del texto original).

De este modo, para la nombrada Corte, especialmente en materia de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida. Descendiendo al caso concreto, a efectos de acreditar la falta de legitimación en la causa por activa, no puede perderse de vista que en la póliza de seguro vinculada figuraba como beneficiario exclusivamente el Banco BBVA Colombia.

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01).

BBVA

Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236207219600374858

CERTIFICADO INDIVIDUAL
CONSUMO Y COMERCIAL No.

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización

Fecha contabilización del crédito

Oficina

Ciudad

Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.

C.C. o NIT: 860.003.020-1

Vigencia desde

Vigencia hasta

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos

Identificación

Edad

Dirección

Teléfono

Ciudad

Fecha de nacimiento

Genero

Ocupación/Profesión

Datos del Seguro

Tasa

Extra Prima

Anexo ITP

Valor Asegurado

Número de Obligación

Prima Mensual

Periodicidad

Vr. Prima Total

Lo anterior quiere decir que, teniendo en cuenta que la hoy demandante no es beneficiaria del seguro de vida Grupo Deudor, no se encuentra legitimada en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, el único sujeto que se encuentra legitimado para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado es aquel que ostente la calidad de beneficiario del mismo. Lo que en el presente caso implica que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad bancaria.

En otras palabras, el seguro de Vida Grupo Deudor que sirve de base para formular esta acción no contempla como beneficiaria del mismo a los acá demandantes. Como se dijo, el Banco BBVA Colombia S.A. es el único beneficiario del seguro y, por tanto, el único sujeto legitimado para exigir el pago de la prestación que del mismo pudiera derivarse. Situación que pone de manifiesto la falta de legitimación de la parte Demandante para pretender pago alguno en su propio favor. En conclusión, teniendo en cuenta que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al Banco BBVA Colombia S.A. y no a la demandante, es claro que no se vislumbra el presupuesto material para emitir una sentencia a favor de la parte actora.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción

7. GENERICA E INNOMINADAS Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que

se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282²² del Código General del Proceso.

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

8. DE MANERA SUBSIDIARIA, EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA MANERA PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.

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

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

9. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN No. 001307215396003748658

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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia 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 fallecimiento.

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

²² **Artículo 282. Resolución sobre excepciones.** En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.

Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada.

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.

Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

10. 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, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

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

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo (...)”²³

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

²³ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

“(…) 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 (...)”²⁴

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. 001307215396003748658. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

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

V. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Solicito a este honorable despacho se sirva decretar y tener como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

²⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

- Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) que se relaciona con el crédito No. 001307215396003748658
- Póliza de Seguro Vida Deudor No. 022050001910466 y su clausulado.
- Comunicación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A el día 06 de octubre de 2022, mediante la cual se objetó la solicitud VGDB-27106.
- Fragmento de la Historia Clínica de la señora Rosa Romero (q.e.p.d.)
- Derecho de petición elevado a la Clínica Dumian y constancia de radicación.

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a los demandantes, señores **LUIS RODRIGO ROMERO IMBACHI, ROSA FANERY ROMERO, EDISON ALBEIRO ROMERO y SILVIA GUISELA ROMERO**, a fin de que contesten el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y, en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- b. Comedidamente solicito se cite para que absuelva el interrogatorio de parte al Representante Legal del Banco BBVA Colombia S.A., en su calidad de demandado 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. Los demandados podrán ser citado en la dirección de notificación relacionada en su contestación.

3. DECLARACIÓN DE PARTE.

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.)

4. TESTIMONIALES.

- Solicito se sirva citar a la Dra. **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, o quien haga sus veces, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo

hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com.

- Solicito al señor Juez se sirva decretar la práctica del testimonio de la Dra. **DARLYN MUÑOZ NIEVES**, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán y puede ser citada en la Carrera 32 bis No. 4 16 Popayán y correo electrónico darlingmarcela1@gmail.com. La Dra. Darlyn es asesora externa de mi representada, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza Vida Deudores, los efectos de la reticencia en la declaración del estado de salud y en general sobre todos los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS.

- Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del Código General del Proceso, se sirva ordenar a la parte demandante para que exhiba la Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2015

al 2022, de la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.), en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que la señora Rosa María Romero (q.e.p.d.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la Póliza; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) de la fecha en la cual recibió la primera intención en dicha IPS hasta el año 2022. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Rosa Romero (q.e.p.d.), entre desde el año 2015 hasta el año 2022.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) 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. CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN, puede ser notificada a través de la dirección Carrera 36a N 6-42 El Templete, Cali (V), y al correo electrónico: subdirectormedicosntagracia@dumianmedical.net y servicioalcliente@dumianmedical.com

6. OFICIOS.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) correspondiente al periodo que va desde su primera atención médica hasta el año 2022. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Romero (q.e.p.d.) entre los años 2015 a 2022 como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las solicitudes de indemnización elevadas a mi representada.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora ROSA MARÍA DE JESÚS ROMERO (Q.E.P.D.) 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 CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN puede ser notificada a través de la dirección física Carrera 36a N 6-42 El Templete, Cali (V), y del correo electrónico: subdirectormedicosntagracia@dumianmedical.net y servicioalcliente@dumianmedical.com

7. DICTAMEN PERICIAL

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 Rosa María de Jesús Romero (q.e.p.d.) 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 Rosa Romero (q.e.p.d.) eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso que dispone: “(...) Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días (...)”. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un (1) mes para aportar

la experticia al proceso. **Término que deberá iniciar una vez la entidad oficiada (CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN) aporte con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado.** Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte demandante y de la entidad mencionada pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

VI. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder especial conferido al suscrito.
- Certificado de existencia y representación legal de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

VII. NOTIFICACIONES

Por la parte actora serán recibidas en el lugar indicado en su escrito de demanda.

Mi representada, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., puede ser notificada en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C. Email: judicialesseguros@bbva.com

Por parte del suscrito se recibirán notificaciones en la Secretaría de su despacho o en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

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

