

SEÑORES

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Conmutador: +57 (1) 5940200 – 5940201 – 3508166

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

super@superfinanciera.gov.co

E.S.D

REF: DEMANDA DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO (LEY 1480 DDE 2011 Y LEY 1564 DE 2012)

DEMANDANTE: LUCY ESPERANZA TRISTANCHO GUEVARA

DEMANDADA: BANCO BBVA NIT.

BBVA SEGUROS NIT. 800.240.882-0

LUCY ESPERANZA TRISTANCHO GUEVARA, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 46669228 en nombre propio, acudo ante su Despacho con el ánimo de ejercer la ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO en contra de BBVA SEGUROS NIT 800.240.882-0 sociedad vigilada por esa Superintendencia, conforme a los siguientes:

I. HECHOS

PRIMERO: El día 3 de marzo de 2021 adquirí un crédito con el BANCO BBVA por valor de SETENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$73.500.000).

SEGUNDO: Esta obligación identificada con el numero 0013-0158-68-9622072270 se encuentra con una póliza de seguro de vida al deudor, emitida e ida 3 de marzo de 2021, N° 02 261 0000044911 que cuenta con las siguientes coberturas.

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$73,500,000.00
Incapacidad total y permanente	\$73,500,000.00

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

TERCERO: Lamentablemente mi estado de salud se vio muy deteriorado, por lo que de ordeno consulta por primera vez con psiquiatría en día 10 de mayo de 2021.



Sede urbana: Diagonal 13 N° 26-30 La pradera, Yopal Teléfono: 6333904 - 3202727669
Sede Campestre: HOSPITALIZACIÓN Km 3 Vía Morichal, Veredo el Paradero
Teléfono: 3197267433-3506272442-
NIT 900.602.846-2 Correo electrónico: puertabiertas@gmail.com

YOPAL, martes, 11 de mayo de 2021 07:37:47

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRIA No. 46.669.228

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	LUCY ESPERANZA TRISTANCHO GUEVARA		
Identificación	CC 46.669.228	Edad:	47 años, 7 meses y 20 días
Nacimiento	SIN INFORMACION [SIN INFORMACION] viernes, 21 de septiembre de 1973		
Residencia	TAURAMENA Dirección: CALLE 7 N 11 24 Teléfono: 3142327842		
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN		
Responsable	JORGE CRISTIANCHO Parentesco: HERMANO Teléfono: 3112780151		
Acompañante	Parentesco: Teléfono:		
Entidad	MEDISALUD-C-EXT EPS: RES004 - MEDISALUD UT Tipo afiliación: COTIZANTE		
Estado civil:	UNION LIBRE	G.S. y RH:	O+
Religión:		Estrato:	
Género:	Femenino		

FECHA CONSULTA: lunes, 10 de mayo de 2021 5:49:24 p. m. EDAD: 47 años, 7 meses y 19 días
MOTIVO DE CONSULTA
ME DUELE TODO?
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE CON MÚLTIPLES DOLORS MUSCULARES, CEFALEA OCCIPITAL, DOLOR CERVICAL FUERTE, DOLOR PLANTAR, ESTA EN MANEJO CON METACARBAMOL Y DICLOFENACO, TIENE RNM NORMAL DEL AÑO PASADO

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS	NO REFIERE	ALERGICOS	NO REFIERE
FAMILIARES	NO REFIERE	FARMACOLÓGICOS	NO REFIERE
TOXICOS	NO REFIERE	LABORALES	NO REFIERE
TRAUMÁTICOS	NO REFIERE	INMUNOLÓGICOS	NO REFIERE
QUIRÚRGICOS	NO REFIERE	HOSPITALARIOS	NO REFIERE
GINECOOBSTETRICOS	NO REFIERE	TRANSFUSIONALES	NO REFIERE

REVISIÓN POR SISTEMAS

OFTALMOLÓGICO	SIN ALTERACIONES	DIGESTIVO	SIN ALTERACIONES
ORL	SIN ALTERACIONES	GENITOURINARIO	SIN ALTERACIONES
RESPIRATORIO	SIN ALTERACIONES	OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
SISTEMA NERVIOSO	SIN ALTERACIONES	PIEL Y FANERAS	SIN ALTERACIONES
CARDIOVASCULAR	SIN ALTERACIONES	PSICOEMOCIONAL	SIN ALTERACIONES
ENDOCRINO	SIN ALTERACIONES		

Así mismo, se me ordenaron diversos exámenes para determinar el origen de mis dolencias y como consecuencia, de vio la necesidad de que la junta medica laboral estudiara mi caso; así las cosas, por medio del acta del día 8 de diciembre de 2023 se concluye que tengo una pérdida de capacidad laboral de un 100%

PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

	PROCEDIMIENTO A	PROCEDIMIENTO B
TITULO I	75	0
TITULO II		
CAPITULO 1	NA	0
CAPITULO 2	25	0
TITULO III	0	NA
TOTAL PCL	100	0

PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL CIEN POR CIENTO DE ORIGEN LABORAL

ESTADO DE LA P.C.L.				
< 5%		INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL		INVALIDEZ
				X

S. SUSTENTACIÓN Y OBSERVACIONES:

FUNDAMENTOS DE HECHO: HISTORIA CLINICA Y CONCEPTO DE ESPECIALISTAS

FUNDAMENTOS DE DERECHO: DECRETO 1655 DE 2015-

CUARTO: En vista de la pérdida de mi capacidad laboral, el día 18 de enero de 2024 por medio del formato de presentación de indemnizaciones de BBVA Seguros eleve la reclamación para que se afectara la póliza de seguro, así mismo se anexaron todos los soportes que soportaban mi solicitud.

QUINTO: El día 19 de febrero de 2024, BBVA Seguros me niega la aplicación del amparo del seguro de vida.

SEXTO: En vista de la negativa de la aseguradora, decidí hacer uso del recurso de reconsideración, así que el 23 de febrero de 2024 radique dicho recurso e indique lo siguiente:

Mediante la presente, respetuosamente solicito la reconsideración de la decisión de la Compañía Aseguradora en el sentido de declinar el pago del seguro de vida deudores adquirido por la suscrita con la **OBLIGACIÓN 00130158009622072270** por supuesta reticencia, de **LUCY ESPERANZA TRISTANCHO GUEVARA** identificada con **CC 46669228** de la ciudad de **Duitama**; teniendo en cuenta que las enfermedades por las cuales se determinó la PCL por parte de la EPS autorizada no tienen un origen anterior a la fecha de suscripción del contrato de seguro, toda vez que el contrato de seguro suscrito con la obligación de referencia data del 03 de marzo de 2021 y la calificación de la PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL en la cual se determinó una incapacidad total del 100% data del 08 de diciembre de 2023, y las dolencias consignadas en la historia clínica del HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA en las que se basa la decisión de la aseguradora no corresponden al diagnóstico emitido por la Junta Médica que calificó la PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL o PCL.

Ahora bien, la pérdida de capacidad laboral no es algo premeditado para ser ocultado, por el contrario, corresponde a los riesgos eventuales a los que está expuesta la salud del trabajador, y es con esta finalidad que se adquiere la póliza de seguro, por lo que no acepto la supuesta reticencia que se me endilga en esta reclamación por cuanto no fue planeado ni premeditado y obré con total transparencia y de buena fe.

SEPTIMO: El día 29 de febrero de 2024, la aseguradora me NIEGA nuevamente la afectación de la póliza de seguro:

Teniendo en cuenta que la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO GUEVARA, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida dados de alta el 30/03/2021 y 07/12/2022, omitió declarar dichas patologías relevantes, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; por lo anterior BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., se permite mantener la objeción 19/02/2024, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

NOVENO: Así las cosas, y evidenciando que la aseguradora estaba basando su decisión negativa en una evolución de la historia clínica que se encontraba errónea y que NO constituye diagnóstico, decidí elevar solicitud a la clínica en la que solicitaba la corrección

de la historia clínica, ya que esa evolución no la realizó el médico tratante y mucho menos contaba con un diagnóstico hasta es momento.

DECIMO: El día 18 de abril de 2024, el Hospital local de Tauramena, se pronuncia en los siguientes términos:

PRETENSION 2º. Si se trató de un error, respetuosamente solicito hacer claridad frente al hecho cometido.

Respuesta: Conforme al análisis efectuado por el Comité de Historia Clínica de la ESE Hospital Local de Tauramena frente a la petición que se absuelve en la presente misiva y atendiendo que en el presente caso en forma particular y concreta para la atención del 18 de febrero del 2019 y según lo expuso en Comité Institucional de Historia Clínica la Dra. Sandra Yanedt Rincón Amezcua se pudo incurrir en un yerro en tal ocasión, tomando como antecedente que el diagnóstico emitido por el Dr. Gabriel Leonardo Mendoza Zamudio adscrito a la IPS SERVIMEDICAS difiere del consignado en la historia clínica del Hospital Local de Tauramena para el día 21 de febrero del 2019.

Tal y como se puede leer señor intendente, la clínica confirma que es un error de la persona que transcribió la evolución de la historia clínica ya que ella solo cumple funciones transcripción, mas no es médico para determinar a la existencia de una enfermedad. Así mismo me informaron de la corrección de la historia clínica que quedo de la siguiente forma:

Nro. documento	CC 46669228	Paciente	TRISTANCHO GUEVARA LUCY ESPERANZA	
Fecha Nacimiento	21/08/1973	Edad	50 Años	Sexo F
Dirección	CALLE7N°1124	Celular	3142327842	Eps COLOMBIANA I
		Fecha de Atención	18/02/2019 16:37:46	

- ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

"DOLOR EN PIERNA DERECHA Y CADERA DERECHA" / CUADRO DE APROXIMADAMENTE 4 MESES DE EVOLUCION DE DOLOR PUNZANTE DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD , INICIANDOSE EN REGION GLUTEA E IRRADIANDOSE A MID. SE HA MEDICADO CON AINES (MELOXICAM, NAPROXENO, ACETAMINOFEN), CON MEJORIAS PARCIALES Y NUEVAS RECAIDAS. REFIERE TRAUMA AL CAER SENTADA DE DE SILLA. HACE 1 AÑO. SOLICITA ADEMAS FFV POR CITOLOGIA CONTAMINADA. DESDE HACE 8 DIAS CEFALEA OCCIPITAL DE MODERADA INTENSIDAD, NO IRRADIADA.

ONCEAVO: En vista de que la clínica realizó la respectiva corrección en mi historia clínica, nuevamente el día 23 de abril de 2024, eleve petición a BBVA Seguros con el fin de que en esta oportunidad se afectara la póliza conforme a mi incapacidad laboral.

DOCEAVO: El día 5 de mayo la demandada, se pronuncia respecto de mi solitud en los siguientes términos:

Teniendo en cuenta que la señora Lucy Esperanza Tristancho Guevara, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida, omitió declarar dichas patologías relevantes, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., se permite mantener la objeción 31/01/2024 y ratificación del 19/02/2024 y 29/02/2024, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Como se puede observar, por segunda vez me niegan la afectación de la póliza, teniendo como base un ERROR que ya se encuentra corregido por la autoridad competente.

La postura que hoy tiene la aseguradora es una situación con la que no estoy de acuerdo, toda vez que revisado el clausulado del seguro de vida correspondiente, la fecha en la que se declara el siniestro para la afectación de la póliza es la misma en la que se emite la calificación de pérdida de capacidad laboral; esta situación llevada a mi caso en concreto, es mas que claro que la fecha en la que se emite la resolución de la junta de calificación de invalidez fue DURANTE la vigencia de la póliza, por lo que deja sin fundamento la respuesta de BBVA seguros al negar mi solitud, trasgrediendo así mis derecho como consumidor financiero.

Así mismo, la aseguradora alega que yo tenía una preexistencia médica y que omití mi deber

de reportar dicha situación médica, pero tal afirmación es FALSA señor intendente, toda vez que yo, ni los médicos teníamos conocimiento de mis padecimientos y prueba de ello es que el día **20 de febrero de 2021** se realizaron unos exámenes de rutina y donde el resultado fue que me encontraba NORMAL.

INTERPRETACION

Previo lavado de manos, desinfección de camillas, equipos utilizados, con elementos de protección personal según protocolo COVID-19. Paciente niega síntomas, contacto estrecho con personas sintomáticas o positivas

La EMG de los músculos explorados de los miembros superiores mostró:

1. Patrón de inserción normal.
2. En reposo, no se observaron signos de inestabilidad de membrana .
3. Patrón de reclutamiento normal para el esfuerzo.
- 4.

CONCLUSION:

Estudio de eletromiografía de los miembros superiores normales . No se observa en la actualidad signos de inestabilidad de membrana muscular aguda, polimiositis y/o radiculopatía motora cervical.

Con base a lo anterior solicito:

II. PRETENSIONES

Solicito se revise el actuar de la entidad financiera, como quiera me está vulnerando mis derechos como consumidor financiero y en consecuencia de ello se ordene al banco **BBVA** y **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** que:

PRIMERO: Se me garanticen los derechos de consumidor financiero, conforme a todos los estatutos normativos dispuestos para ello.

SEGUNDO: CUMPLA el contrato de seguro representado en la póliza de seguro de vida al deudor, emitida e ida 3 de marzo de 2021, N° 02 261 0000044911.

TERCERO: En consecuencia, de lo anterior, se **PAGUE** al **BANCO BBVA.**, la suma que corresponde a la deuda del crédito 0013-0158-68-9622072270, conforme a lo dispuesto en la Póliza ya descrita, conforme al clausulado expuesto en el contrato de seguro.

CUARTO: Se le condene en costas procesales a obligar a la señora León al tener que acudir a estas instancias jurisdiccionales para hacer cumplir el contrato suscrito.

III. MEDIDA CAUTELAR

UNICO: Solicito a su despacho, que se ordene al **banco BBVA**, la suspensión del cobro mensual del crédito 0013-0158-68-9622072270, toda vez, que precisamente por mi dictamen manifestado no me encuentro trabajando y no puedo suplir con el pago de esa cuota ordinaria, y que dicha suspensión sea durante la vigencia de este proceso hasta su culminación respectivamente.

IV. FUNDAMENTO JURÍDICO

Fundamento mi anterior demanda en los artículos: 23 Constitucional, Ley 1480 de 2011, Ley 1755 de 2015, así como en lo dispuesto en los artículos 5 y 13 de la Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y las disposiciones

contenidas en la Ley 1480 de 2011 y 1581 de 2012.

Ley 1480 de 2011, artículo 57. Atribución de facultades jurisdiccionales a la Superintendencia Financiera de Colombia. En aplicación del artículo 116 de la Constitución Política, los consumidores financieros de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia podrán a su elección someter a conocimiento de esa autoridad, los asuntos contenciosos que se susciten entre ellos y las entidades vigiladas sobre las materias a que se refiere el presente artículo para que sean fallados en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez.

En desarrollo de la facultad jurisdiccional atribuida por esta ley, la Superintendencia Financiera de Colombia podrá conocer de las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de las obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento inversión de los recursos captados del público.

Ley 1328 de 2009, artículo 3. Establece los principios que deben regir la relaciones entre los consumidores financieras y las entidades vigiladas, entre ellos, el deber de diligencia y el suministro de información cierta suficiente y oportuna.

Ley 1328 de 2009, artículo 5. Consagra los derechos de los consumidores financieros, como a recibir productos y servicios de acuerdo con las condiciones ofrecidas; recibir información y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna y verificable sobre las características propias de los productos o servicios ofrecidos y suministrados.

Ley 1328 de 2009, artículo 5, inciso g. (Adicionado por el artículo 1 de la Ley 1555 de 2012). Establece como obligación de las entidades crediticias brindar información transparente, precisa, confiable y oportuna en el momento previo al otorgamiento del crédito sobre la posibilidad de realizar pagos anticipados de su obligación.

Ley 1328 de 2009, artículo 7. Es obligación de las entidades financieras suministrar información comprensible transparente, clara, veraz y oportuna acerca de los productos y servicios ofrecidos en el mercado; así como abstenerse de hacer cobros no pactados o no informados previamente al consumidor financiero.

Ley 1328 de 2009, artículo 9. Consagra el contenido mínimo de la información cierta, suficiente y oportuna, que la entidad financiera debe proveer al consumidor financiera, entre las cuales se encuentra las características de los productos o servicios, las tarifas o precios y las formas de determinarlos. Así mismo, de acuerdo con el párrafo 1 del mismo artículo, expresa que la celebración de cualquier contrato debe implicar la previsión de una lista detallada de todos los cargos o costos que se generen por la utilización del producto, incluidos costos de estudios de créditos, seguros, entre otros.

De conformidad con el clausulado, el cual hace parte integrante del seguro contratado, en la cláusula sexta se establece:

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.

Ahora bien, una vez analizados las circunstancias de tiempo y modo, queda más que claro que mis patologías y padecimientos surgieron DESPUES de contraer la obligación del crédito, ya que tal y como lo dice la historia clínica mi primera cita con psiquiatría fue hasta el día 10 de mayo de 2021. Así mismo, la pérdida de capacidad laboral fue determinada hasta el día 8 de diciembre de 2023, esto es con posterioridad a la suscripción del seguro, por tanto es evidente que yo LUCY ESPERANZA TRISTANCHO GUEVARA en calidad de asegurada no me encontraba obligada a declarar hechos venideros de los cuales no tenía conocimiento, toda vez que vale la pena reiterar que la sintomatología fue asociada con posterioridad a la solicitud del crédito, mal hace la aseguradora en pretender configurar la figura jurídica de la reticencia de dicha enfermedad puesto que mi estado de salud era óptimo al momento de la suscripción del contrato, por ende resulta reprochable que se pretenda decir que induje en error a la aseguradora al no declarar con exactitud el estado del riesgo.

De acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio se presenta reticencia o inexactitud cuando el tomador o asegurado omite declarar hechos o circunstancias acerca del estado del riesgo, que, de haber sido conocidos por el asegurador al momento de contratar, éste se hubiera retraído de celebrar el contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas.

La Corte Constitucional, en sentencia número C- 232 del 15 de mayo de 1997, refiriéndose a este tema afirma que "la carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse (...)".

Debemos precisar que para considerarse inexacta o reticente la declaración espontánea del tomador, el asegurador, deberá acreditar la existencia de una circunstancia que omitió aquel, o que declaro de manera imprecisa y que dicha circunstancia resultaba relevante para efectos de establecer el grado del riesgo.

Así mismo, según las comunicaciones emitidas por la aseguradora, se ha incluso manifestado que yo contaba con una preexistencia, afirmación frente a la cual es menester indicar que esta es una condición, enfermedad o situación que aconteció antes de la celebración del contrato de seguro, determinante en la ocurrencia del siniestro, que de haber sido conocida por la aseguradora la habría llevado a establecer unas condiciones más onerosas o en su defecto la hubiera retraído de celebrar el negocio jurídico.

La reticencia por el contrario es una declaración inexacta o incompleta que se da con el fin de obtener un provecho, induciendo al asegurador a amparar una cobertura que no

corresponde al real estado del riesgo, sin que necesariamente incida en la ocurrencia del siniestro.

La Corte Constitucional en sentencia T- 240 del 16 de mayo de 2016 se refirió al tema de la siguiente manera: "La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en el fallo del día 21 de abril de 2015, expuso que "(...) la preexistencia es un fenómeno definido por la RAE como: "existencia anterior, con alguna de las prioridades de naturaleza u origen", que al ser aplicado al concepto de contrato de seguro, se refiere a una situación previa al perfeccionamiento del seguro que no encaja como un "hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda".

No basta la simple preexistencia del hecho para que la entidad aseguradora pueda abstenerse de ejecutar la póliza, sino que resulta necesario establecer un nexo causal y para el caso en concreto no existe un vínculo entre la Pérdida de capacidad laboral determinada y un estado de salud anterior al inicio de vigencia del contrato de seguro.

La Corte Constitucional través de sentencia T-222 de 2014, examinó varias tutelas acumuladas, en la que los peticionarios alegaban que les habían sido negadas sus pólizas de seguro de vida por preexistencia al momento de contraer las obligaciones.

En esta oportunidad, la Sala consolidó conceptos exponiendo en primer lugar, que la preexistencia es un concepto objetivo, mientras que la reticencia es un concepto subjetivo. Adicionalmente, mencionó que la reticencia se refiere a una inexactitud en la información presentada por el tomador de la póliza al momento de celebrar el contrato, la cual es castigada con nulidad relativa como sanción a la mala fe. En tercer lugar, manifestó que en ciertos eventos la preexistencia puede considerarse como una reticencia, como en aquellos en donde el tomador tiene conocimiento de hechos que pueden hacer más onerosa la póliza y en este sentido se abstiene de declararlos.

Así mismo manifestó que existen eventos en los que el tomador de la póliza no declara hechos preexistentes por no tener conocimiento de ellos, como aquellos relativos a enfermedades silenciosas o progresivas, en los que el adquirente no tenía posibilidad de tener pleno conocimiento de las circunstancias".

De acuerdo con lo anterior, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato de seguro, ello no implica reticencia, porque el deber de buena fe se radica, más intensamente, en cabeza de la aseguradora.

Debemos manifestar a Usted señor Juez, que la patología "Ansiedad y Depresión-Cervicalgia", inicio con síntomas leves en el año 2022, sin embargo, estos se intensificaron en el 2023, hecho que derivó en una incapacidad, siendo estas fechas posteriores a la celebración del contrato, como bien hemos advertido en reiteradas oportunidades.

El asegurador se encuentra en la obligación jurídica de evaluar de forma adecuada y razonable la causa que originó el siniestro, previamente a determinar si es procedente la

objeción al pago de la indemnización por razón del fenómeno de la reticencia. De esta manera, es la aseguradora quien tiene la carga de la prueba y para el caso que nos ocupa únicamente se han visto conductas dilatorias por parte del asegurador, tal dilación radica en la solicitud injustificada de documentos a fin de pretender estructurar una preexistencia o una reticencia y evitar así el pago del siniestro, conducta que no puede ser consentida por parte del juzgador.

Es recurrente que se caiga en este tipo de abusos por parte de aseguradoras y es por tal motivo que se ha trasladado la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro en cabeza de la aseguradora toda vez que las entidades abusan de la posición dominante que tienen dentro del contrato, recibiendo los consumidores objeciones por razón de preexistencias que no guardan relación con la ocurrencia del siniestro.

En la sentencia T-832 de 2010, la Corte Constitucional estudió la eventual vulneración de los derechos fundamentales de la accionante, a raíz de la negativa de la aseguradora de pagar la indemnización derivada de una póliza de vida grupo deudores, argumentando que la enfermedad que padecía la accionante provenía de tiempo anterior al momento en que tomó la póliza. La Corte señaló que: "(...) Igualmente, no se observa que Colseguros S. A. haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que la accionante como asegurada allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato que son responsabilidad de la compañía establecer (...) || En el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que, ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores".

La Corte Constitucional ha precisado que los efectos de la sentencia del año 2010 deben entenderse dentro del contexto en que dicho fallo fue proferido. Así, en la sentencia T-751 de 2012 la Corte explica que el fallo del 2010 fue proferido en un escenario en el que la aseguradora involucrada pretendía hacer valer cláusulas ambiguas y genéricas con el propósito de establecer supuestas preexistencias excluidas de la cobertura de la póliza, lo cual riñe con el principio de la buena fe. En ese escenario, la Corte señala que "era predicable que la aseguradora redujera tal ambigüedad mediante la inclusión de exclusiones taxativas y precisas y mediante exámenes médicos adecuados para establecer el estado de salud de la peticionaria.

En el año 2015, la Corte Constitucional parece recoger en uno de sus fallos, la condición de validez expuesta en el acápite anterior relativa a la precisión y taxatividad que debe caracterizar a las cláusulas de preexistencias, y la condición que en esta oportunidad expongo sobre la exigencia de exámenes médicos, señalando que: "(...) se debe resolver aplicando las siguientes reglas:

- I. Los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a

ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros.

- II. Con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro;
- III. En caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso;
- IV. No será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.

En el caso que nos ocupa es evidente que no se configura la reticencia en el contrato de seguro corolario de esto, el mismo no presenta nulidad por ende el asegurador está en la obligación contractual de hacer el pago de la reclamación conforme los amparos contratados.

LA PREEXISTENCIA EN CARATULA

Ahora bien, pese a no existir en el caso puntual tampoco preexistencia, vale la pena indicar que, en gracia de discusión, vale la pena manifestar que las cláusulas de preexistencia, como exclusión a la cobertura, deben constar en la primera página de la póliza y en caracteres destacados conforme lo señalan los artículos 184, numeral 2, literal c. del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero¹² (en adelante el "EOSF") y artículo 44, numeral 3 de la Ley 45 de 1990.

Tanto la Superintendencia Financiera de Colombia como la Corte Suprema de Justicia han reconocido y aplicado dentro de sus fallos este requisito legal, que durante años pasó desapercibido pero que ahora es *ratio decidendi* en muchas decisiones.

Dentro de los fallos de la Superintendencia Financiera se encuentra la Sentencia oral de 19 de septiembre de 2018, proferida dentro del proceso de Radicado interno 2017109108:

“Ahora, si se analizan los mismos (Se refiere a las condiciones de la póliza en donde estaban previstas las exclusiones y la preexistencia alegada) como parte de la póliza con las condiciones del amparo básico, las condiciones o anexos particulares y la carátula de la póliza, no se encuentran que en las mismas se dé cumplimiento en sutexto a la obligación establecida en el literal c del numeral 1 del artículo 184 del EOSF, ni al artículo 44 de la ley 45 de 1990, ni a la circulares 007 del 96 circular básica jurídica, ni a la circular 076 de 1999, estas dos últimas de la entonces Superintendencia Bancaria. Lo que hace que la cláusula que invoca la

aseguradora demandada como razón de sus excepciones y que refieren a las exclusiones resulte INEFICAZ.”

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de tutela del 25 de octubre de 2017 señaló: “Según el artículo 27 del Código Civil, «cuando el sentido de la ley sea claro, no se desatenderá su tenor literal a pretexto de consultar su espíritu». Luego, como el artículo 44 de la Ley 45 de 1990 y el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero son claros al exigir como requisito que «los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza», cualquier otra interpretación que desconozca el tenor literal de esas disposiciones se erige en una arbitrariedad.

Para el caso en particular revisada la caratula de la mencionada póliza, no se observa la precisión de preexistencias en caracteres destacados, siendo así una cláusula que a todas luces resulta ser ineficaz de pleno derecho.

V. CUANTÍA

Estimo bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la presentación de esta demanda, que el valor de mis pretensiones asciende aproximadamente a la suma de **TREINTA Y NUEVE MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL CUATENTA PESOS (\$39.045.040)**

VI. PRUEBAS

Documentales

01. Constancia del crédito
02. Amparos del seguro
03. Historia clínica de psiquiatría
04. Acta de pérdida de capacidad
- 04.1 Notificación personal de la pérdida de capacidad laboral
05. Reclamo del 18 de enero de 2024.
06. Escrito de reconsideración
07. Respuesta de la reconsideración
08. Respuesta de la clínica
09. Historia clínica corregida
10. Segunda reclamación
11. Respuesta segunda reclamación
12. Clausulado general del seguro
13. Exámenes previos – informe electromiografía

Interrogatorio de Parte

- Solicito a su Despacho que me conceda interrogatorio a la parte demandante, para que pueda rendir una declaración libre y espontánea sobre los hechos y sucesos que forman parte de esta demanda.
- Solicito que sea llamado a interrogatorio de parte, al representante legal o al que haga sus veces de la compañía aseguradora **BBVA Seguros – DE VIDA COLOMBIA**

S.A.

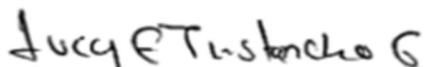
VII. ANEXOS

- Copia de la cedula de ciudadanía,
- Además de todos documentos de las pruebas.

VIII. NOTIFICACIONES

- Recibiré notificaciones en la Carrera 12 # 3-31 BARRIO CENTRO TAURAMENA – SANARE D.C. en el correo electrónico lucytristancho@gmail.com y asesorjuridico16@gep.com y número de teléfono 3142327842.
- Las entidades vigiladas y contra quienes se dirige esta demanda, recibirán las notificaciones en las direcciones electrónicas que aparece registradas en sus páginas web de los **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**

ATENTAMENTE,



LUCY ESPERANA TRISTANCHO GUEVARA

C.C. 46669228 DE DUITAMA

TEL: 3142327842

e-mail: lucytristancho@gmail.com