

Señores

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES**

E. S. D.

**PROCESO:** ACCION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

**RADICADO:** 2024084317.

**EXPEDIENTE:** 2024-12457.

**DEMANDANTES:** LUCY ESPERANZA TRISTANCHO GUEVARA.

**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.Y OTRO.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.**

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

**CAPÍTULO I**

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS**

**FRENTE AL HECHO PRIMERO:** NO LE CONSTA a mi representada el presente hecho, puesto que si bien es cierta la existencia de la obligación identificada con el número \*\*9622072270, la Honorable Superintendencia debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que NO ME CONSTA cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto, sin embargo, se observa que, dentro de los anexos de la demanda, se encuentra documento denominado "**Extracto de libranza**", en el que se indica que el monto inicial de la obligación fue de \$73.500.000, pero actualmente solo se adeudan \$36.790.163.89

Monto inicial	73.500.000.00
CUOTA	037 DE 066
Fecha de desembolso	2021-03-03
Número de cuotas en mora	000
Saldo en mora	0.00
Tasa de interés corriente	9.39 %E.A.
Tasa de interés de mora	18.79 %E.A.
Abono por aplicar a cuotas no causadas	0.36

Fecha límite de pago	2024-05-13
Periodo liquidado	2024-04-13 A 2024-05-13
Fecha de corte	2024-04-23

Valores asegurados	
Vida	38,378,743.96
Incendio y terremoto	0.00

Concepto	Aplicación del pago anterior	Valor cuota
Saldo anterior	39,045,040.00	
Valor del pago	1,473,563.94	
• Capital	1,123,218.00	1,131,658.11
• Intereses corrientes	304,547.94	296,107.89
• Intereses mora	0.00	0.00
• Seguro de vida	45,798.00	45,798.00
• Seguro de incendio y terremoto	0.00	0.00
• Seguros voluntarios	0.00	0.00
Saldo a la fecha de corte	37,921,822.00	
Valor a pagar		1,473,564.00
Saldo después de este pago		36,790,163.89

Documento: Extracto de libranza.

Transcripción esencial: "monto inicial: 73.500.000... Saldo después de este pago 636.790.163.89.

No obstante, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

**FRENTE AL HECHO SEGUNDO:** Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que la existencia de Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores con No. 02 261 0000044911, por medio de la cual se ampara la obligación No. \*\*9622072270. Así mismo, en dicha Póliza se contemplan los amparos contratados son Vida (muerte por cualquier causa) e incapacidad total y permanente.

Sin embargo, es importante resaltar que no puede surgir obligación indemnizatoria por cuanto el contrato se encuentra viciado en los términos del artículo 1080 del código de Comercio, pues la demandante, al momento de solicitar su aseguramiento no declaró de manera sincera el estado del riesgo. Es decir, no informó de sus patologías.

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

- NO ME CONSTA, que la primera vez de la señora LUCY TRISTANCHO en psiquiatría haya sido el día 10 de mayo de 2021, pues son circunstancias ajenas a mi representada y que, además, hacen parte de la esfera privada de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO. Sobre ek particular se advierte que dentro de la documentación aportada en la acción que

dio inicio al presente se observa que, la historia clínica de la señora TRISTANCHO no fue anexada en su totalidad, sino que es un documento fragmentado, por lo que no se puede hacer un debido estudio del mismo, en todo caso, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

- NO ME CONSTA, que a la señora LUCY ESPERANZA TRISTACHO se le hayan ordenado realizar diferentes exámenes, pues como se mencionó ya, la historia clínica anexada como elemento probatorio al presente proceso se encuentra fragmentada y por ende no es posible realizar un debido análisis de dicho documento.

**FRENTE AL HECHO CUARTO:** Es cierto parcialmente. Si bien es cierto la señora Tristancho diligenció el formato en mención el 18 de enero de 2024. Debe advertirse que dicho documento no puede entenderse como una reclamación en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio. Sin perjuicio de lo anterior, solicito a la Honorable Delegatura tener en consideración que la asegurada fue reticente, por lo tanto, no podrá surgir obligación indemnizatoria.

**FRENTE AL HECHO QUINTO. NO ES CIERTO,** lo aquí narrado, pues dentro del acervo probatorio allegado con el escrito de demanda no se observa ningún documento emitido por la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA con fecha del 19 de febrero de 2024, sin embargo, es necesario aclarar que la OBJECCIÓN a la solicitud de afectación a la póliza de vida grupo deudores No. 02 261 0000044911, fue enviada a la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO en fecha del 31 de enero de 2024, como respuesta a la solicitud realizada el 18 de enero de 2024.

En dicha carta se mencionan las razones por las cuales mi representada se niega a realizar la afectación de la póliza contratada, pues tal y como se probará a lo largo de las etapas de este proceso, la hoy demandante ocultó información de gran relevancia para mi representada, pues de haber conocido las condiciones de salud en las que la señora TRISTANCHO se encontraba y hubiese conocido de los diagnósticos que presentaba con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar tal contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

**FRENTE AL HECHO SEXTO. ES CIERTO,** conforme a la documentación allegada al proceso como respaldo de la acción bajo estudio, sin embargo la parte actora no incluyó nueva información con la que se advirtiera que no omitió su estado real de salud para el momento en que solicitó su aseguramiento. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**FRENTE AL HECHO SEPTIMO.** ES CIERTO, la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA, en fecha del 29 de febrero de 2024 emite respuesta frente a la solicitud de reconsideración realizada por parte de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, manteniendo su decisión de no afectar la póliza No. 02 261 0000044911 por haber incurrido en reticencia en su declaración de asegurabilidad, pues, aunque conocía sus padecimientos, prefirió ocultarlos en su declaración tal como se muestra a continuación.

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	1,68 cms	Peso	75 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, disfonía, discopatía?			
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?			
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

*Documento: Solicitud/certificado individual seguro No. M026300110236202269600054765*

*Transcripción esencial: “¿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. ¿Sufrir alguna incapacidad física o mental? No. ¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? No.”*

**FRENTE AL HECHO OCTAVO (DENOMINADO NOVENO).** Este hecho contiene varias aseveraciones sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- **NO ES CIERTO**, que la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A basara sus negativas solamente en la historia clínica del día 21 de febrero de 2019, pues, el diagnostico de “lumbago con ciática, cefalea a estudio” no fueron los únicos padecimientos omitidos en la declaración de asegurabilidad por parte de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, sino que se suman los diagnósticos de cierre glótico incompleto, laringitis crónica, disfonía funcional y cuadro clínico de ansiedad y depresión, tal como se observa en el siguiente fragmento.

De acuerdo con registros médicos de Hospital Local de Tauramena, evidenciamos que el asegurado en referencia, tenía antecedentes médicos y patologías previas afectaban su pre-sanidad, para lo cual registra antecedentes de reporta cierre glótico incompleto, laringitis crónica y disfonía funcional registro de noviembre de 2022, además, cuadro clínico de 2 años de diagnóstico ansiedad y depresión, lo anterior son hechos relevantes no declarados y que por su connotación tenía que ser de conocimiento de la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

*Documento: Carta de objeción de fecha 31 enero de 2024.*

*Transacción esencial: "...para lo cual registra antecedentes de reporta cierre glótico incompleto, laringitis crónico y disfonía funcional registro de noviembre de 2022, además, cuadro clínico de 2 años de diagnóstico ansiedad y depresión..."*

- **NO ME CONSTA**, que la demandante haya elevado petición a la clínica solicitando corrección de la historia clínica, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada, sin embargo, en los documentos anexados como pruebas de la demanda se observa que existe pronunciamiento de la entidad HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA de fecha 04 de abril de 2024, que tiene como referencia "Respuesta Derecho de petición No. 20242550000784 de fecha 23 de febrero de 2024."

Aun así, le corresponde al extremo actor probar sus aseveraciones en el momento procesal oportuno conforme a lo reglado en el artículo 173 del C.G.P y atendiendo a la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P.

**FRENTE AL HECHO NOVENO (QUE SE DENOMINA DECIMO). NO ME CONSTA**, los pronunciamientos realizados por el Hospital Local de Tauramena, pues es una entidad que no tiene ningún tipo de relación con mi representada, la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Aun así, le corresponde al extremo actor probar sus aseveraciones en el momento procesal oportuno conforme a lo reglado en el artículo 173 del C.G.P y atendiendo a la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P.

**FRENTE AL HECHO DECIMO (QUE SE DENOMINA ONCEAVO): NO ME CONSTA**, los pronunciamientos realizados por el Hospital Local de Tauramena, pues es una entidad que no tiene ningún tipo de relación con mi representada, la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Aun así, le corresponde al extremo actor probar sus aseveraciones en el momento procesal oportuno conforme a lo reglado en el artículo 173 del C.G.P y atendiendo a la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P.

**FRENTE AL HECHO DOCEAVO.** Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las cuales me pronunciaré así.

- **ES CIERTO**, la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, en fecha del 05 de mayo de 2024 da respuesta a la segunda solicitud radicada por la demandante, en ella sostiene la decisión de no afectar la póliza de vida grupo deudores No. 02 261 0000044911 por haber incurrido la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO en reticencia al no declarar su verdadero estado de salud, ocultando sus patologías y haciendo incurrir en error la voluntad de mi representada y, se reitera, que tal decisión no se basa solamente en el ocultamiento de la patología "lumbago con ciática, cefalea a estudio", sobre la cual,

presuntamente debió la demandante solicitar corrección (hecho que deberá probar de manera pertinente), sino que obedece al ocultamiento de diversas enfermedades, tal como se manifestó por parte de BBVA SEGUROS en carta de objeción.

De acuerdo con registros médicos de Hospital Local de Tauramena, evidenciamos que el asegurado en referencia, tenía antecedentes médicos y patologías previas afectaban su pre-sanidad, para lo cual registra antecedentes de reporta cierre glótico incompleto, laringitis crónica y disfonía funcional registro de noviembre de 2022, además, cuadro clínico de 2 años de diagnóstico ansiedad y depresión, lo anterior son hechos relevantes no declarados y que por su connotación tenía que ser de conocimiento de la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

*Documento: Carta de objeción de fecha 31 enero de 2024.*

*Transacción esencial: "...para lo cual registra antecedentes de reporta cierre glótico incompleto, laringitis crónico y disfonía funcional registro de noviembre de 2022, además, cuadro clínico de 2 años de diagnóstico ansiedad y depresión..."*

- No se trata de un hecho, sino de una manifestación subjetiva de la demandante, aunado a esto, la demandante trae un nuevo argumento a colación, indicando que el dictamen se emitió dentro de la cobertura de la póliza y que por ende no entiende la negativa de la aseguradora que represento, cuando a lo largo del escrito de demanda, el hecho en el que se ha fundamentado su solicitud es en no encontrarse de acuerdo con la declaratoria de reticencia que menciona BBVA SEGUROS DE VIDA S.A en la carta de objeción, por que existía error en su historia clínica de febrero de 2019, sin tener la señora TRISTANCHO en cuenta, que no es el motivo único por el cual se le niega la afectación del amparo contratado en la póliza No. 02 261 0000044911.
- Menciona además la demandante en este hecho, que no contaba con ninguna preexistencia, porque el día 20 de febrero de 2021 se realiza exámenes de rutina y sus resultados son "normales", ante ello debe tenerse en cuenta que la historia clínica anexada al proceso se encuentra fragmentada y por ello no se puede realizar un estudio profundo del asunto y, además, la señora TRISTANCHO olvida mencionar que, no se trata de un examen de rutina, sino que la electromiografía es realiza porque la demandante tiene historial de PARESTECIAS EN MANOS y DOLOR CERVICOBRAQUIAL, que además, en nota de tal examen se sugiere complementar con examen de neuro conducciones y ondas F, por lo que se entiende que requiere de otras ayudas diagnosticas para lograr un concepto más amplio, no que específicamente, se encuentre saludable.

Informe de examen de electrodiagnóstico realizado el día: 20-Feb-21

<b>Paciente:</b>	LUCY TRISTANCHO GUEVARA	<b>Fecha Nac.:</b>	21-Aug-73	<b>Médico:</b>	MD TRATANTE
<b>Edad:</b>	47	<b>ID#:</b>	46669228	<b>EPS/ARL:</b>	MEDISALUD EPS

**Historia Clínica:**

PARESTESIAS EN MANOS, DOLOR CERVICOBRAQUIAL

*Documento: Informe de examen electromiografía realizado el día 20-feb-21.*

*Transcripción esencial: “Historia clínica: PARESTESIAS EN MANOS, DOLOR CERVICOBRAQUIAL”.*

NOTA: sí la clínica y/o a criterio médico lo amerita, o si se desea valorar nervio periférico ; se sugiere complementar este examen con neuroconducciones y ondas F.

*Documento: Informe de examen electromiografía realizado el día 20-feb-21.*

*Transcripción esencial: “Se sugiere complementar este examen con neuroconducciones y ondas F”.*

## CAPÍTULO II

### FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por el extremo actor, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, teniendo en consideración que el aseguramiento de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO bajo la póliza No. 02 261 0000044911 debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que el Accionante suscribió su declaración de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO**, puesto que los derechos que como consumidora financiera de la señora TRISTANCHO han sido garantizados, pero es claro, que la demandante no solo goza de derechos, sino que también tiene deberes, cuyo incumplimiento trae consigo consecuencias de las que no se puede sustraer, máxime cuando obedecen a deberes contenidos en normas comerciales imperativas.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. ME OPONGO** a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000044911 suscrita por la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, por lo que como consecuencia, mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA no ha violentado los derechos de la demandante como consumidora financiera, pues se reitera, no le asiste derecho alguno, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, como quiera que la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus patologías de cierre glótico incompleto, laringitis crónica y disfonía funcional y cuadro clínico de diagnóstico ansiedad y depresión. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada

conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque para la fecha en que contrató el seguro con amparo de pérdida de capacidad laboral, ya había tenido conocimiento de sus padecimientos, que claramente fueron tenidos en cuenta para emitir un porcentaje de PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL que, cabe recordar, es del 100% y que por ende tal información hubiese resultado relevante para la aseguradora. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos y calificaciones mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia de la asegurada. El aseguramiento de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. ME OPONGO** a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, pues el contrato de seguro objeto de debate está viciado de nulidad. Lo anterior, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, como quiera que la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus patologías de cierre glótico incompleto, laringitis crónico y disfonía funcional y cuadro clínico de diagnóstico ansiedad y depresión. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque para la fecha en que contrató el seguro con amparo de pérdida de capacidad laboral, ya había tenido conocimiento de sus padecimientos, que claramente fueron tenidos en cuenta para emitir un porcentaje de PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL que, cabe recordar, es del 100% y que por ende tal información hubiese resultado relevante para la aseguradora. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos y calificaciones mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia de la asegurada. El aseguramiento de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO debe declararse

nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

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

### **CAPÍTULO III**

#### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA MEDIDA CAUTELAR**

Respecto de la medida cautelar solicitada por la señora LUCY TRISTANCHO dentro del presente proceso, no me pronunciaré pues no va dirigida en contra de mi representada, sin embargo, es menester tener de presente que aunque la hoy demandante manifieste no estar laborando, no quiere decir ello que no esté devengando dineros como cumplimiento de su derecho a pensión de invalidez por contar con PCL superior al 50%, por lo que tal argumento no es suficiente para sustraerse de las obligaciones pactadas con sus acreedores.

### **CAPITULO IV**

#### **OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA**

En el caso a estudio se presentan suficientes razones para que sea improcedente e inviable la afectación de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000044911, como consecuencia de la reticencia con la que la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO suscribió su declaración de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores. No puede perderse de vista que, como ya ha sido expuesto, la señora TRISTANCHO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro, suceso dado en el mes de 02 de marzo de 2021. Las omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, optó por no informarlos, guardando silencio y omitiendo reconocerlos al momento de perfeccionar su seguro, siendo estos supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera sus antecedentes de cierre glótico incompleto,

laringitis crónico, disfonía funcional y cuadro clínico de ansiedad y depresión, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, se hubiese retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, las condiciones se hubiesen pactado bajo cobros mucho más onerosos. En este sentido, basta con evidenciar las anotaciones realizadas en el documento denominado “Formato para el dictamen médico laboral de pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al fondo de prestaciones sociales del magisterio” para advertir que desde una valoración que se establezca desde la sana crítica, se concluye claramente que estos antecedentes cumplen los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, **para invocar y declarar la nulidad de su seguro** en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

## CAPÍTULO V EXCEPCIONES DE MÉRITO

### **1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 261 000044911.**

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la asegurada, señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado siendo patologías cuantificadas para la estimación de la pérdida de capacidad laboral alegada, como la “*cierre glótico incompleto, laringitis crónico, disfonía, además, cuadro clínico de 2 años de diagnóstico ansiedad y depresión*” pues que de haber sido conocidos por mi representada, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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

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

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

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

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

---

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

**En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.**<sup>2</sup> *(Subrayado y negrita fuera del texto original).*

Es claro que la Corte Constitucional, en la citada sentencia de tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omita informar o informe inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se mencionó que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía 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 de Comercio.*

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código de Comercio, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora.<sup>3</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

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

<sup>2</sup> Corte Constitucional, sentencia T-437 de 2014.

<sup>3</sup> Corte Constitucional, sentencia T-196 del 2007.

*“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”.<sup>4</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>5</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

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

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para***

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

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

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

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”<sup>6</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

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

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

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

*seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**<sup>7</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el mes de marzo de 2021, época en la cual la señora LUCY TRISTANCHO solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No

---

<sup>7</sup> Corte Constitucional, sentencia C-232 de 1997.

obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora TRISTANCHO las respondió de manera negativa, aun cuando tenía pleno conocimiento que aquello constituía una falta a la verdad.

Es decir, que, aunque la señora LUCY TRISTANCHO conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de marzo de 2021, 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 omisión en la respuesta, faltando a la verdad por parte del asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 02 de marzo de 2021:**

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No		
Estatura	1.68	cms	Peso	75	Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?							X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?							X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?							X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?							X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?							X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:							

*Documento: Solicitud/certificado individual seguro No. M026300105180602269622072270 de fecha 02 de marzo de 2021.*

*Transcripción esencial: ¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía? No. ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? No, ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? No. ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? No. ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? No.”*

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

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso la señora TRISTANCHO respondió de forma omisiva y faltando a la verdad a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que la entonces asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al

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

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que la señora TRISTANCHO no informó a mi representada que tenía antecedentes de cierre glótico incompleto, laringitis crónica y disfonía funcional y cuadro clínico de 2 años de diagnóstico ansiedad y depresión, además de discopatía lumbar y cervical y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, en el mes de marzo de 2021 y diciembre de 2022 y, que como veremos aquellos diagnósticos que eran anteriores a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de disminución de capacidad laboral como se verifica del contenido del dictamen:

4. VARIABLES DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL			
TITULO I			
DESCRIPCION DE LAS DEFICIENCIAS	CAPITULO	TABLA	VALOR DE LA DEFICIENCIA %
DEFICIENCIA POR ALTERACION DE LA VOZ	1	3,1	40
DEFICIENCIA POR FUNCIONES RELACIONADAS CON EL PENSAMIENTO	1	1,7	20
DEFICIENCIA POR DISCOPATIA LUMBAR Y CERVICAL	1	7,2,4	15
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO A (SUMA ARITMETICA)			
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO B (A+(ISD-A)R/50)			75

*Documento: Formato para el dictamen médico laboral de pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al fondo de prestaciones sociales del magisterio.*

*Transcripción esencial: “Deficiencia por alteración de la voz 40%, deficiencia por funciones relacionadas con el pensamiento 20%, deficiencia por discopatía lumbar y cervical 15%, total suma procedimiento 75%”.*

Es evidente que este documento demuestra fehacientemente que la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO contaba con patologías previas a la suscripción de su declaración de asegurabilidad, en el mes de marzo del 2021 y diciembre de 2022. Lo que deja en evidencia la conducta reticente de la demandante conforme con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió la señora TRISTANCHO, es de gran importancia abordar lo señalado por el dictamen de calificación de invalidez aportado al proceso por la misma parte Accionante. En este documento se observa claramente que el ente de Calificación establece como criterios para fijar la pérdida de capacidad laboral en un 100% las siguientes enfermedades:

- Deficiencia por alteración de la voz 40%,
- deficiencia por funciones relacionadas con el pensamiento 20%,
- deficiencia por discopatía lumbar y cervical 15%,

Que en sumatoria ascienden a 75% del PCL dado a la demandante, y el 25% restante se obtiene de declarar DIFICULTAD COMPLETA en el capítulo II del dictamen, criterio denominado "limitaciones del perfil laboral". Así mismo, se deprenden los diagnósticos como consecuencia de las deficiencias que hacen parte íntegra del acta de calificación de pérdida de capacidad laboral de la demandante de las que se advierte:

- *cierre glótico incompleto,*
- *laringitis crónica,*
- *disfonía funcional,*
- *cuadro clínico de 2 años de diagnóstico ansiedad y depresión.*

Ahora bien, como se ilustrará en seguida resulta imperioso que el despacho tenga en cuenta que la señora Tristancho no informó que a mi representada que padecía de cierre glótico incompleto, laringitis crónica, disfonía y ansiedad y depresión, patologías sumamente relevantes que que viciaron integralmente el consentimiento del Asegurador. Como se demostrará en el curso del proceso especialmente por la prueba por oficio y el dictamen pericial, que dichas enfermedades fueron diagnosticadas antes del 3 de marzo de 2021, fecha en la que se suscribió el certificado individual del seguro.

En efecto, es posible observar que la señora TRISTANCHO tenía conocimiento de su estado de salud. Sin embargo, no se entiende por qué la demandante no informó a mi representada de sus padecimientos. En otras palabras, acontecimientos de esta envergadura son eventos que las personas no olvidan con facilidad y en tal virtud, es incuestionable que debió informarse a la Aseguradora antes del perfeccionamiento de los seguros. De esta manera, es de suma importancia tener en cuenta que, según las reglas de la experiencia, las Compañías de Seguros se abstienen de asegurar, o por lo menos lo hacer en condiciones más onerosas, cuando se está ante potenciales asegurados con un antecedente de semejante envergadura. En consecuencia, en el caso concreto la voluntad de mi representada se vio viciada en su consentimiento, debido a que creyó estar asegurando una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente aseguró a una que contaba con antecedentes de cierre glótico incompleto, laringitis crónica y disfonía funcional y cuadro clínico de ansiedad y depresión, además de discopatía lumbar y cervical.

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el Asegurado conocía su condición desde años anteriores a su dictamen de pérdida de capacidad laboral y a la declaración de sus aseguramientos y omitió ponerla en conocimiento de mi representada al momento de firmar sus formularios de asegurabilidad. Tal circunstancia no es un evento menor, toda vez que los padecimientos ocultados suman un porcentaje de 75% en la PCL de la demandante. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de su omisión, es claro que los aseguramientos deben ser declarados

nulos en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO suscribió sus declaraciones de asegurabilidad.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que éstas claramente incluyen varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos y que por supuesto el Asegurado debió informar. Lo anterior, ya que, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en los. Expresamente se le preguntó al Asegurado, lo siguiente:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 02 de marzo de 2021:**

*¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con:*  
*infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombotosis 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.

*¿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 TRISTANCHO contaba con antecedentes de cierre glótico incompleto, laringitis crónica y disfonía funcional y cuadro clínico de ansiedad y depresión, además de discopatía lumbar y cervical, con anterioridad a la adquisición de póliza de seguros de vida grupo deudores, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba sobre las incapacidades físicas, **(ii)** Que las enfermedades padecidas por la señora LUCY TRITANCHO suman un total de 75%, por lo que era de gran importancia que fueran notificadas a la aseguradora, pero contrario a ello, faltó a la verdad al indicar que no sufría ninguna enfermedad de las mencionadas en el formulario.

En otras palabras, como será plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la señora TRISTANCHO padecía y conocía de la existencia de sus patologías tales como cierre glótico incompleto, laringitis crónica, disfonía funcional, trastorno mixto de ansiedad y depresión y discopatía lumbar y cervical. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio de los

cuestionarios varias de sus patologías y antecedentes clínicos le fueron preguntados expresamente. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de sus aseguramientos en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada con sendas patologías y cuyas enfermedades en la sumatoria de PCL asciende a un 100%.

En resumen, la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Accionante negó en el momento de perfeccionar sus seguros fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las Pérdidas de Capacidad Laboral Previas y las enfermedades que padecía el demandante con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En ese sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

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

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro, desconociendo el principio de buena fe que recae en cabeza de la señora LUCY ESPEERANZA TRISTANCHO para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidor financiero. Tal y como se expondrá a continuación, no solo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.”<sup>8</sup>*

<sup>8</sup> Corte Constitucional, sentencia T-058 del 12 de junio de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez.

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

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo**, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”<sup>9</sup>*

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

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

*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».*

<sup>9</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

*Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es el quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”<sup>10</sup>*

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

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la retención sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe.**”<sup>11</sup>*

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

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

<sup>11</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editores Ltda., 2010. P, 164.

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

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

**“Así las cosas, no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica del asegurado para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto ubérrima bona fidei”**.<sup>13</sup>

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

<sup>13</sup> Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, sentencia del 4 de abril de 2017

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

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

*Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita **se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad.**<sup>14</sup> (Subrayado y negrilla fuera de texto original).*

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

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en

<sup>14</sup> Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, sentencia del 26 de Octubre de 2016.

otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la UBERRIMA BUENA FE “BONA FIDES”.

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

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

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

Resulta fundamental recordar que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO al momento de la suscripción del aseguramiento el 02 de marzo de 2021.

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

**“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto**

**es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)** 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.”<sup>15</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que **en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».**” <sup>16</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

<sup>15</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que **(i)** la asegurada, la señora Tristancho no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y **(ii)** que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro por parte de BBVA SEGUROS

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

DE VIDA COLOMBIA S.A., la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

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

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

En conclusión, dado que la señora TRITANCHO fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente su estado del riesgo y faltó a la verdad al omitir informar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, fueron indispensables para la calificación de su disminución de capacidad laboral, de acuerdo con el FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL O DEL ESTADO DE INVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO de fecha del 08 de diciembre de 2023, y que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

## 5. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO MATERIALIZADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 261 0000044911.

En la presente excepción se indica que debe darse estricta aplicabilidad a las condiciones del contrato de seguro y en ese sentido, deberá tenerse en cuenta que el riesgo amparado por la Compañía Aseguradora es el delimitado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000044911, con sus condiciones explícitas. En ese sentido deberá entonces atenderse cabalmente a lo establecido en ella. Para el efecto, encontramos que el riesgo amparado en el contrato de seguro respecto de la invalidez es el siguiente:

**I. AMPAROS**

**I.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 SINISTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

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

## 6. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

## EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

- 1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 261 0000044911.**

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

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

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

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

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

## PRUEBAS

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

### 1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO el día 02 de marzo de 2021.
- 1.2. Clausulado de la póliza de seguros de vida grupo deudores.

- 1.3. Comunicación de objeción emitida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el 31 de enero de 2024.
- 1.4. Derecho de petición elevado al FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.
- 1.5. Derecho de petición elevado a la entidad MEDISALUD UT.
- 1.6. Derecho de petición elevado a la entidad Puertas Abiertas SAS.
- 1.7. Derecho de petición elevado a la entidad CAPRESOCA EPS.

## 2. INTERROGATORIO DE PARTE

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

Me reservo el derecho de interrogar a los demás citados.

## 3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el Art. 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza número 02 261 0000044911.

## 4. TESTIMONIALES

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

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, puesto que puede ilustrar al Despacho como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor **COMBITA TARACHE**, así como la

relevancia o no de las preexistencias medicas no declaradas por el Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

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

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

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

- 4.3. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **MARIA CAMILA AGUDELO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie como hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la paliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

La testigo podrá ser ubicado en la Carrera 9 No. 72-21 piso 8 de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico [cagudelo@bbva.com](mailto:cagudelo@bbva.com)

## 5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO identificada con cédula de ciudadanía No. 46.669.228, desde el año 2018 hasta el año 2024.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 08 de diciembre de 2023 de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO identificada con cédula de ciudadanía No. 46.669.228.
- Informe la fecha en que la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes de salud previas a la suscripción de las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la Accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la entidad **MEDISALUD UT** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, certificación donde conste si aquella calificó la disminución de capacidad laboral de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, identificada con cédula de ciudadanía No. 46.669.228, en que a su vez conste los motivos de calificación y por quien fue solicitada. Además, que exhiba el Dictamen de disminución de Capacidad Laboral emitido respecto de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, así como toda la documentación que de la mencionada demandante repose en dicha entidad, incluyendo la historia clínica, el acuse de recibido o firma de notificación del documento denominado

“Formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al fondo de prestaciones sociales del magisterio.”, El dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por la entidad **MEDISALUD UT** se encuentra en poder de la mencionada entidad, quien se encargó de calificar las afectaciones de salud de la señora **TRISTANCHO** y por ende quien puede suministrar la documentación solicitada.

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

La entidad **MEDISALUD UT** puede ser notificada en la dirección transversal 18 # 7-05 edificio Mont Black, piso 5, o al correo electrónico [juridica@medisalud.com.co](mailto:juridica@medisalud.com.co)

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO correspondiente al periodo que va desde el año 2018 hasta el año 2024, así como también se solicita que se ordene informar y certificar cual es la situación laboral actual de la demandante, si se encuentra vinculada activamente en labores o se encuentra retirada y en ese sentido, que informe la fecha de vinculación o retiro, conforme sea el caso. La Historia Clínica e información solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fuera la encargada de administrar las prestaciones sociales de las personas vinculadas al magisterio

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

El **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificado en la Calle 72 # 10-03 Local 1-14 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico [notjudicial@fiduprevisora.com.co](mailto:notjudicial@fiduprevisora.com.co).

- 5.4 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la entidad **PUERTAS ABIERTAS S.A.S**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO correspondiente al periodo que va desde el año 2018 hasta el año 2024, así como también se solicita que se ordene informar y certificar cual es

la situación laboral actual de la demandante, si se encuentra vinculada activamente en labores o se encuentra retirada y en ese sentido, que informe la fecha de vinculación o retiro, conforme sea el caso. La Historia Clínica e información solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fuera la encargada de administrar las prestaciones sociales de las personas vinculadas al magisterio

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

El **PUERTAS ABIERTAS SAS** puede ser notificado el correo electrónico [puertaabiertas@gmail.com](mailto:puertaabiertas@gmail.com).

- 5.5 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la entidad **CAPRESOCA EPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO correspondiente al periodo que va desde el año 2018 hasta el año 2024, así como también se solicita que se ordene informar y certificar cual es la situación laboral actual de la demandante, si se encuentra vinculada activamente en labores o se encuentra retirada y en ese sentido, que informe la fecha de vinculación o retiro, conforme sea el caso. La Historia Clínica e información solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fuera la encargada de administrar las prestaciones sociales de las personas vinculadas al magisterio

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

El **CAPRESOCA EPS** puede ser notificado el correo electrónico [juridica@capresoca-casanare.gov.co](mailto:juridica@capresoca-casanare.gov.co)

## 6. PRUEBA POR OFICIOS

- 6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la entidad **MEDISALUD UT**, para que, con destino al

presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO identificada con cédula de ciudadanía No. 46.669.228, desde el año 2018 hasta el año 2024.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 08 de diciembre de 2023 de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO identificada con cédula de ciudadanía No. 46.669.228
- Informe la fecha en que la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO inició los trámites de calificación.

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

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

La entidad **MEDISALUD UT** puede ser notificada en la dirección transversal 18 # 7-05 edificio Mont Black, piso 5, o al correo electrónico [juridica@medisalud.com.co](mailto:juridica@medisalud.com.co)

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO identificado con cédula de ciudadanía No. 46.669.228, desde el año 2018 hasta el año 2024.

- Informe y certifique la situación laboral actual de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, si se encuentra vinculada en labores activa o retirada de estas y desde que fecha.

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

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

**EL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificado en la Calle 72 # 10-03 Local 1-14 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico [notificacionesjudiciales@fiduprevisora.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@fiduprevisora.com.co).

6.3 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **PUERTAS ABIERTAS SAS** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO identificado con cédula de ciudadanía No. 46.669.228, desde el año 2018 hasta el año 2024.
- Informe y certifique la situación laboral actual de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, si se encuentra vinculada en labores activa o retirada de estas y desde que fecha.

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

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

La entidad **PUERTAS ABIERTAS EPS** puede ser notificado en la Calle 72 # 10-03 Local 1-14 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico [puertaabiertas@gmail.com](mailto:puertaabiertas@gmail.com).

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO identificado con cédula de ciudadanía No. 46.669.228, desde el año 2018 hasta el año 2024.
- Informe y certifique la situación laboral actual de la señora LUCY ESPERANZA TRISTANCHO, si se encuentra vinculada en labores activa o retirada de estas y desde que fecha.

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

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

La entidad **CAPRESOCA EPS** puede ser notificado en la Calle 72 # 10-03 Local 1-14 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico [juridica@capresoca-casanare.gov.co](mailto:juridica@capresoca-casanare.gov.co).

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en 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 LUCY ESPERANZA TRISTANCHO 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 LUCY ESPERANZA TRISTANCHO era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica y dictámenes de PCL de la Asegurada. Es importante aclarar que los mencionados documentos han tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud, pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

### ANEXOS

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

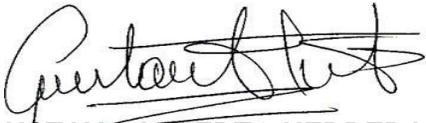
### NOTIFICACIONES

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

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

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

Del señor Juez, respetuosamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.