

Señores

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

[jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co](mailto:jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.  
**RADICADO:** 2024093476  
**EXPEDIENTE:** 2024-14094  
**DEMANDANTE:** NELSY AMELIA IBARRA BARROS  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por Nelsy Amelia Ibarra Barros en contra de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., 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:

**CAPITULO I**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**FRENTE AL HECHO 1°:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la colocación del producto financiero. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**FRENTE AL HECHO 2°:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la colocación del producto financiero. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**FRENTE AL HECHO 3°:** No me consta ni tiene porque constarle a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. lo relacionado en el presente hecho Primero en tanto aduce circunstancia de índole subjetivo que no guardan relación alguna con el litigio y Seguro, en tanto con la demanda no se allegó prueba de supuesto “Junta Médico Laboral No. 074-IJPL-2024”. Luego, al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que, la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS no ha acreditado su estado de invalidez.

**FRENTE AL HECHO 4°:** Si bien es cierto que se presentó solicitud de indemnización ante mi representada, esta misma fue objetada el 04 de abril de 2024, ya que en la Historia Clínica de la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros, se encontró que la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues la señora Ibarra Barros registra antecedentes médicos como de dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 - C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019. Claramente estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

**FRENTE AL HECHO 5°:** Es cierto que el 04 de abril de 2024 se objetó la solicitud de indemnización con fundamento que en el presente caso se configura la nulidad del artículo 1058 del C.Co. toda vez que, de acuerdo con la Historia clínica aportada, la señora Ibarra Barros registra antecedentes médicos como de dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019, como se lee:

**BBVA**  
Seguros

Bogotá., 04 de abril de 2024

Señor (a)  
Nelsy Amelia Ibarra Barros  
[ibarrabarros.nelsy@gmail.com](mailto:ibarrabarros.nelsy@gmail.com)

REF: TOMADOR: BBVA COLOMBIA S.A.  
AFECTADO: NELSY AMELIA IBARRA BARROS  
CEDULA: 57438840  
PÓLIZA: VGDB-418  
SINIESTRO: VGDB-32116  
OBLIGACIÓN: 00130158009628867822

Respetado Señor(a):

En atención a su solicitud, relacionada sobre la reclamación relativa el amparo de Incapacidad Total y Permanente, nos permitimos informar que no es procedente atender favorablemente su requerimiento y manifestarle las siguientes precisiones:

De acuerdo con Historia Clínica General del Norte, evidenciamos que el asegurado en referencia, tenía antecedentes médicos y patologías previas afectaban su pre-sanidad, para lo cual registra diagnóstico de cuadro clínico de dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019; 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.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo **normal**.

**FRENTE AL HECHO 6°:** No es cierto que por parte de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. exista incumplimiento alguno respecto de la supuesta falta de información que se describe en el presente hecho. Al respecto y para claridad del despacho, es pertinente advertir que a la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros suscribió la solicitud de seguro de manera libre y voluntaria, de tal suerte que en el mismo documento de la solicitud/certificado individual para la formalización de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 693 0000000338 certificado No. 0013-0158-63-4021921758 que está debidamente firmado el 15 de marzo de 2023, obra la doble firma del hoy demandante, en señal de aceptación de dos cosas **(i)** la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y **(ii)** la certificación de que recibió la información respecto al producto adquirido, esto es el seguro deudor: veamos:

Nelsy Ibarra Barros  
Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

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

Para constancia se firma en Santa Marta a los 15 días del mes de marzo de 2023

Nelsy Ibarra Barros  
Firma del Solicitante

[Firma Autorizada]  
Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 62 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00  
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80  
Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique Dajud Fernández. Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co)  
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2015 - Retenedoras de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)				
Tasa	%	Extra Prima	%	Anexo ITP
				SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Valor Asegurado
				Número de Obligación

**Documento:** Solicitud / certificado individual Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 693 0000000338 certificado No. 0013-0158-63-4021921758.

**Transcripción parte esencial:** *\_(...) CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ FIELMENTE A INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.*

Ahora, tampoco al cierto que la señora Ibarra Barros no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual con el que se materializaría la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 693 0000000338 certificado No. 0013-0158-63-4021921758. debidamente firmada el 15 de marzo de 2023, se dejó expresa anotación indicando que “el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página [www.bbvaseguros.com.co](http://www.bbvaseguros.com.co)”. Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad.

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

Sin perjuicio de lo anterior, la señora Ibarra Barros no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Por el contrario, respondió negando todas las preguntas que se encuentran en el formulario de asegurabilidad. De modo que no puede pretenderse convalidar la reticencia del entonces asegurado indicando que no fue advertido sobre la relevancia de sus condiciones de salud, cuando el mismo documento es claro en indicar que recibió la información del producto de forma clara y aún así diligenció libremente la información contenida en esa solicitud. En este sentido, bastará con examinar la historia clínica de la señora Ibarra Barros para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

## II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

**ME OPONGO A LA PRETENSIÓN ÚNICA:** **ME OPONGO** a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente viable declarar la vigencia del seguro de vida a fin de solicitar su afectación y exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- Falta de acreditación de la ocurrencia del siniestro en los términos del seguro: Al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que, la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS no ha acreditado su estado de invalidez, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohilada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de la póliza.
- Nulidad del contrato de seguro: No puede perderse de vista que la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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 NELSY AMELIA IBARRA BARROS debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte demandante y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

### III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Conforme lo dispone el Art. 206 del Código General del Proceso y sin que ello signifique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, respetuosamente presento objeción al Juramento Estimatorio de la demanda por las siguientes razones:

- Falta de acreditación de la ocurrencia del siniestro en los términos del seguro: Al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que, la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS no ha acreditado su estado de invalidez, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohijada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de la póliza.
- Nulidad del contrato de seguro: No puede perderse de vista que la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 - C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

### IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

**1. FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA DE SINIESTRO – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA POR FALTA DE PRUEBA DE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.**

Lo primero que deberá tener en consideración la H. Delegatura, es que la Compañía Aseguradora que represento no está obligada a realizar ningún pago derivado de la a Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 693 0000000338, la cual ampara la obligación No. 0013-0158-00-9628867822, debido a que el riesgo asegurado no se ha materializado. En este caso, ni el fallecimiento de la asegurada ni la incapacidad total y permanente han sido acreditados conforme a la normativa aplicable y las condiciones establecidas en las cláusulas generales y particulares de la póliza. En consecuencia, al no haberse cumplido los supuestos que activarían la obligación indemnizatoria, la aseguradora no está legalmente obligada a responder en este escenario.

Para efectos de fundamentar lo anteriormente mencionado, es importante traer al presente escrito lo preceptuado en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues en este se define como siniestro:

**“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.”** - (Subrayado por fuera de texto)

Por otra parte, la Corte Constitucional<sup>1</sup> se ha pronunciado acerca del artículo citado en los siguientes términos:

**“En la generalidad de los contratos de seguros, la obligación contraída por el asegurador de pagar al asegurado o al beneficiario, según el caso, la prestación acordada, está sometida al cumplimiento de una condición suspensiva, cual es la ocurrencia del siniestro. De conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio, siniestro es la realización del riesgo asegurado. El riesgo es definido en el artículo 1054 como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.”** - (Subrayado por fuera de texto)

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto, como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, la parte demandante no ha acreditado la realización del riesgo, pues, pese a que se manifiesta que la demandante cuenta con una pérdida de capacidad del 100%, no aporta dictamen de pérdida de capacidad laboral, por lo menos superior al cincuenta por ciento (50%) y que este sea emitido por ARL, EPS, AFP del Asegurado, o por la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. Por lo que, no estando demostrada ninguno de los presupuestos en mención, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la póliza en cuestión y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada. Dicho de otra manera, toda

<sup>1</sup> Sentencia de la Corte Constitucional T-720 de 2013 del 17 de noviembre de 2013 Mp. Gabriel Eduardo Mendoza.

vez que no se realizó el riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

En conclusión, al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al cincuenta por ciento (50%) emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que, la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS no ha acreditado su estado de invalidez, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohijada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de la póliza.

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

En el presente asunto debe tenerse en consideración, que la asegurada, la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C. Co), a*

*fin que este sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia***<sup>2</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, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos

<sup>2</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.

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

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

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

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

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”<sup>3</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya 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>4</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

<sup>3</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>4</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.

*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>5</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

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

<sup>5</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.

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

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS las respondió negativamente, aún cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Ibarra Barros conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de marzo de 2023, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

<b>BBVA</b> Seguros		SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO <sup>1</sup>		SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL	
Amparos: Vida, Incapacíd		M026300110236201589628867822			
Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad			
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde	Vigencia hasta		
Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas					
<b>Datos del Asegurado</b>					
Nombres y Apellidos Nelsy Amelia Ibarra Barros		Identificación 57438840		Edad 50	
Dirección Cra 33 # 19-17 Santa Lucía		Teléfono 3134717896		Ciudad Santa Marta	
Fecha de nacimiento 26 07 1972	Genero X	Ocupación/Profesión Docente			
<b>Información Adicional</b>					
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: Clínica General del Norte					
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?					
<b>Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)</b>					
Estatura 1.63	cms	Peso 68	Kg	Si	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?					X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					X
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?					X
¿Sufrir 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: Declaración de asegurabilidad de marzo de 2023.”**

Es decir, a pesar de que la señora Ibarra Barros conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de marzo de 2023, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso, La señora Ibarra Barros respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, esta negativa constituye 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 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.

De acuerdo con la transcripción de la historia clínica y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde antes del mes de marzo de 2021 padecía de dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** La señora Ibarra Barros ya contaba con una serie de diagnósticos de dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019 con anterioridad al mes de marzo de 2023, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que la asegurada omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

**Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa**

**omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.** En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

*¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente de cerebro vascular, epoc, asma, hipertensión, disnoria, ¿discopatia?* (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 la asegurada había sido diagnosticado con dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por incapacidad física y por sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario:

BBVA Seguros		SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO <sup>1</sup>		SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL	
Amparos: Vida, Incapacidad		M026300110236201569626867822			
Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad			
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde	Vigencia hasta		
Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas					
<b>Datos del Asegurado</b>					
Nombres y Apellidos: <i>Nelsy Amelia Ibarra Barros</i>		Identificación: <i>57420840</i>		Edad: <i>50</i>	
Dirección: <i>Cra 33 # 19-17 Santa Lucía</i>		Teléfono: <i>3134717896</i>		Ciudad: <i>Santa Marta</i>	
Fecha de nacimiento: <i>26 07 1972</i>	Genero: <i>X</i>	Ocupación/Profesión: <i>Docente</i>			
<b>Información Adicional</b>					
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: <i>Clinica General del Norte</i>					
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?					
<b>Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)</b>					
Estatura: <i>1.63</i> cms	Peso: <i>68</i> Kg			SI	NO
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					<input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					

En síntesis, la señora Ibarra Barros fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son totalmente relevantes para el asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la “con dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019” con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento del 15 de marzo de 2023, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, 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 la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación de la señora Ibarra Barros debe declararse nula, debido a que esta negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual. Más aun, cuando varias de sus patologías que negó informar faltando así a la verdad, le fueron preguntadas expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

*“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las*

*sanciones a que su infracción dé lugar”.*

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

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico<sup>6</sup>.*

*Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales<sup>7</sup>. 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*

<sup>6</sup> Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

<sup>7</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

*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>”. (Subrayado fuera del texto original)*

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

*Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)<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 aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>10</sup>, 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*

<sup>8</sup> Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

<sup>9</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez.

<sup>10</sup> Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

*alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*

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

(...)

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

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

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

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

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

el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

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

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

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

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

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

**“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer 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>12</sup> (negrilla y subrayas fuera del texto)”.**

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos

<sup>12</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.

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».”*

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

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

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

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

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

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

**5. BBVA SEGUROS DE VIDA 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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

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

En conclusión, dado que la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

## **6. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO**

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la Aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la indemnización se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria de mi representada se limita a la suma asegurada, además que son aplicables todos los preceptos que para los seguros que contiene el estatuto mercantil, por tanto, en caso de un fallo en contra, este deberá ajustarse de acuerdo con las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro, y dicha condena no podrá exceder los parámetros acordados por los contratantes.

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de la demanda en contra de mi representada, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 693 0000000338, la cual ampara la obligación No. 0013-0158-00-9628867822.

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

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

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

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

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

*“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)*

*La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.*

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...)), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente,*

*irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.*<sup>13</sup> (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

#### **8. PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011**

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir ésta Superintendencia, cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor Financiero. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores financieros tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para interponer la referida acción so pena que opere el fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

*“ARTÍCULO 58. PROCEDIMIENTO. Los procesos que versen sobre violación a los derechos de los consumidores establecidos en normas generales o especiales en todos los sectores de la economía, a excepción de la responsabilidad por producto defectuoso y de las acciones de grupo o las populares, se tramitarán por el procedimiento verbal sumario, con observancia de las siguientes reglas especiales:*

*(...)*

*Las demandas para efectividad de garantía, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a la expiración de la garantía y **las controversias netamente contractuales, a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato**, En los demás casos, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a que el consumidor tenga conocimiento de los hechos que motivaron la reclamación. En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía.”*  
(Subrayado fuera del texto original)

<sup>13</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

En el caso concreto, en el evento en el que el Despacho encuentre probado que la Acción de Protección al consumidor financiero se interpuso con posterioridad al año siguiente a la terminación del contrato, indefectiblemente deberá darle aplicación al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, decretando así la prescripción y/o caducidad de la acción, y en este sentido, deberá desestimar la totalidad de las pretensiones de la Accionante.

#### **9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del CGP solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida 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.**

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

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

### **CAPÍTULO II** **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

#### **1. DOCUMENTALES**

- 1.1. Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros el día 15 de marzo de 2023.
- 1.2. Clausulado general de la póliza de seguro vida deudores.

- 1.3. Certificado de la póliza de seguro vida deudores No. 02 693 0000000338 que garantizaba la obligación número 0013-0158-00-9628867822.
- 1.4. Carta de objeción del 04 de abril de 2024 emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia
- 1.5. Derecho de petición enviado al a Clínica General del Norte y su constancia de radicación.
- 1.6. Derecho de petición enviado al a Fondo De Prestaciones Sociales del Magisterio y su constancia de radicación.

## 2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **NELSY AMELIA IBARRA BARROS**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor Forero podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

## 3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

## 4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros 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 de la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

- 4.2. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros 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 de la señora Ibarra Barros. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Ibarra Barros, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 No. 72-21, piso 8 de Bogotá D.C. y en el correo electrónico [juliealexandra.triana@bbva.com](mailto:juliealexandra.triana@bbva.com) - Teléfono: 601-3471600.

## 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 NELSY AMELIA IBARRA BARROS** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa de la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS desde el año 2000 al 2024. El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que **NELSY AMELIA IBARRA BARROS** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo

Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrado; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurada declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente. El accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su libelo de demanda.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **Clínica General del Norte**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **NELSY AMELIA IBARRA BARROS** identificado con cédula de ciudadanía No. 57438840 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que la Demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Lindarte.

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

La **Clínica General del Norte** puede ser notificado al correo electrónico [atencionalcliente@zentria.com.co](mailto:atencionalcliente@zentria.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, los siguientes documentos:
- Certificación donde conste si aquella calificó la pérdida de capacidad laboral de la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros, en la que a su vez conste los motivos de calificación y por quien fue solicitada.
  - Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido respecto de la señora **NELSY AMELIA IBARRA BARROS** identificado con cédula de ciudadanía No. 57438840, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.

- Documentos que soportaran la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral de la señora Ibarra Barros, así como la fecha en la que realizó los trámites para dicha calificación.
- Certificación en la que se indique la situación laboral de la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros dentro del Magisterio.

La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la calificación del PCL de la asegurada. El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar si la señora ya tenía una calificación previa y las enfermedades que fueron valoradas para saber si antes del aseguramiento aquel ya conocía de su estado de salud que lo llevaría a ser calificado por comprensiones en la forma que lo hizo **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificada a través del correo electrónico [notjudicial@fiduprevisora.com.co](mailto:notjudicial@fiduprevisora.com.co).

## 6. OFICIOS

- 6.1. Comedidamente ruego se oficie a la **Clínica General del Norte**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **NELSY AMELIA IBARRA BARROS** identificado con cédula de ciudadanía No. 57438840 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2024.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que NELSY AMELIA IBARRA BARROS sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

La **Clínica General del Norte** puede ser notificado al correo electrónico [atencionalcliente@zentria.com.co](mailto:atencionalcliente@zentria.com.co)

- 6.2. Ruego se oficie a **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia de los siguientes documentos:

- Certificación donde conste si aquella calificó la pérdida de capacidad laboral de la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros, en la que a su vez conste los motivos de calificación y por quien fue solicitada.
- Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido respecto de la señora **NELSY AMELIA IBARRA BARROS** identificado con cédula de ciudadanía No. 57438840, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.
- Documentos que soportaran la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral de la señora Ibarra Barros, así como la fecha en la que realizó los trámites para dicha calificación.
- Certificación en la que se indique la situación laboral de la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros dentro del Magisterio.

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 y antecedentes que de la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificada a través del correo electrónico [notjudicial@fiduprevisora.com.co](mailto:notjudicial@fiduprevisora.com.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 tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que la Asegurada había sido diagnosticado antes del mes de marzo de 2023 con dolor cervical con resultado de RMN de columna cervical que evidencia proceso de hernia de disco cervical C5-C6 que comprime cordón medular anterior y ocasiona mielopatía, además, RNM de columna cervical que evidencia disco extruso cervical C5 -C5 posteromedial, diagnóstico de trastorno de disco cervical con radiculopatía 20/08/2019 **(ii)** que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías de la señora Ibarra 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 como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará

la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

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

## 8. ANEXOS

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

## 9. NOTIFICACIONES

- Al suscrito en la Carrera 11ª No. 94A - 23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: [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)
- La Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

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