

Señores:

JUZGADO TERCERO (3) CIVIL MUNICIPAL DE CÚCUTA

icivm3@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

DEMANDANTE: NELSON JESUS QUINTERO CARDENAS

DEMANDADOS: BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. Y OTRO

RADICADO: 540014003003-2024-00930-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente y que se aporta nuevamente, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, identificada con NIT No. 800.240.882-0. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor **NELSON JESUS QUINTERO CARDENAS** en contra de mi procurada, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del C.G.P., y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad comedidamente se solicita al despacho proferir sentencia anticipada como quiera que se encuentra acreditada con suficiencia la prescripción extintiva de las acciones derivadas del contrato de seguro.

La norma aludida fija para el juzgador el deber de proferir sentencia anticipada, cuando se encuentre probada entre otras excepciones, la de prescripción en los siguientes términos:

“Artículo 278. Clases de providencias. Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.

Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.

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

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

En segundo lugar, se solicita la sentencia anticipada comoquiera que en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, de conformidad con el artículo 1081 del C.Co. Lo anterior, en tanto que han transcurrido más de los dos años que contempla la norma para ejercer cualquier acción. De hecho, han transcurrido más de (4) años desde la declaratoria de Pérdida de Capacidad Laboral el 29 de mayo de 2020 (notificada al demandante el 5 de junio de 2020), e incluso desde la objeción realizada por la aseguradora el 20 de junio de 2020, confirmada el 29 de diciembre de 2020, sin que se ejerciera alguna acción en contra de mi mandante en el

plazo legal otorgado para tal fin. Como se observa a continuación:

- Fecha del siniestro: 5 de junio de 2020
- Suspensión por Emergencia Sanitaria Covid: 16 de marzo de 2020 al 30 de junio de 2020
- Plazo máximo para ejercer la acción: 1 de julio de 2022
- Fecha de diligencia de conciliación: 29 de mayo de 2024 (no suspendió los términos prescriptivos porque ya habían fenecido)
- Fecha de radicación de la presente demanda: 10 de septiembre de 2024

Como se establece con los anteriores hitos temporales se puede observar que ni la radicación de la solicitud de conciliación suspendió los términos de prescripción y mucho menos la radicación de la presente demanda los interrumpió, toda vez que, para dichas calendas el termino prescriptivo había transcurrido con creces sin que sea posible interrumpir o suspender un término ya consolidado. Finalmente, para colegir que en el caso de marras efectivamente operó el fenómeno de la prescripción que motiva que se profiera sentencia anticipada en relación a mi prohijada, debe considerarse que el escrito de demanda se radicó con posterioridad al bienio del artículo 1081 del Código de Comercio.

En mérito de lo expuesto, solicito comedidamente al Despacho proferir sentencia anticipada en aplicación de lo dispuesto en el artículo 278 del Código General del Proceso, por cuanto es evidente no solo la falta de legitimación en la causa por pasiva frente a mi representada, sino adicionalmente, la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro frente los hechos que se están ventilando en el presente litigio.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO 1: Es cierto parcialmente. En primer lugar, debe señalarse que el BANCO

BBVA es una entidad distinta de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y en segundo, es cierto que el señor NELSON JESUS QUINTERO CARDENAS ha contratado pólizas de seguro con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Sin embargo, se reitera que no nos consta lo relativo a las obligaciones financieras que se enuncian porque BBVA Seguros de Vida Colombia y el Banco BBVA son personas jurídicas diferentes, con objetos sociales distintos, por lo que no nos puede constar lo relativo a la existencia de esos productos crediticios.

Pese a lo anterior, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor NELSON QUINTERO no informó de la existencia de una calificación previa del 48% desde el año 2014, por un trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo que conocía antes de la contratación del seguro el 17 de junio de 2016, que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello las pólizas deberán ser declaradas nulas en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo anterior, frente a la acción derivada de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co., teniendo en cuenta que el hecho base de la acción ocurrió el 29 de mayo de 2020, notificado el 5 de junio de 2020 y la demanda solo se radicó hasta el 10 de septiembre de 2024. Superando con creces el término otorgado para accionar.

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. 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 es cierto. Lo primero que debe tener en consideración su Despacho es que de los soportes aportados con la demanda se identifica que desde el 06 de octubre de 2014 (años antes de la suscripción de las pólizas vinculadas a este litigio) el señor Nelson Jesús Quintero ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral de 48.37%. Ahora bien, lo que se observa en el acta de junta médica laboral No. 3322 del 29 de mayo de 2020, es que se incrementó la calificación solamente en un 4,39%, por un trauma en el quinto dedo de la mano y una cirugía por reconstrucción de ligamento cruzado anterior y mensicoplastia de rodilla izquierda.

De manera que, para la fecha de la contratación de los seguros (17 de junio de 2016 y 20 de enero de 2020) el asegurado ya contaba previamente con una pérdida de capacidad laboral de 48.37%, la cual fue omitida, y posteriormente se le incrementó luego de formalizados, para un total de PCL del 52,76%. Es evidente que estos padecimientos eran conocidos por el demandante desde antes de la contratación del seguro, que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello las pólizas deberán ser declaradas nulas en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo anterior, frente a la acción derivada de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co., teniendo en cuenta que el hecho base de la acción ocurrió el 29 de mayo de 2020, notificado el 5 de junio de 2020 y la demanda solo se radicó hasta el 10 de septiembre de 2024. Superando con creces el término otorgado para accionar.

FRENTE AL HECHO 4: No es cierto como lo plantea la parte demandante. Por una parte, no nos consta lo relacionado con derecho de petición dirigido a la entidad financiera, pues el BANCO BBVA es una entidad distinta de mi representada. Por otra parte, respecto de las reclamaciones realizadas a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA, es cierto que el accionante en el año 2020 solicitó hacer efectiva las pólizas de seguro por el amparo de Incapacidad total y permanente. Empero, ésta

fue objetada el 20 de junio de 2020, por la reticencia del señor Nelson Quintero, teniendo en cuenta que al momento de solicitar su aseguramiento no declaró el estado real del riesgo, pues omitió declarar que ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral de 48.37%, situación relevante respecto de sus padecimientos de trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo y adicionalmente, no mencionó su trauma quinto dedo de la mano y reconstrucción de ligamento cruzado anterior y mensicoplastia de rodilla izquierda. Antecedentes que de ser conocidos por la compañía aseguradora la hubieran llevado a no contratar en ninguna de las dos oportunidades, o la habrían llevado a pactar condiciones más onerosas. En ese sentido, es claro que en el presente asunto se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo anterior, frente a la acción derivada de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentra prescrita en los términos del artículo 1081 del C. Co.

FRENTE AL HECHO 5: Es cierto la solicitud de indemnización de los seguros fue objetada por la reticencia del señor Quintero Cárdenas, teniendo en cuenta que al momento de solicitar su aseguramiento no declaró el estado real del riesgo, pues omitió declarar que desde el 2014 contaba con una PCL del 48,37%, información necesaria para la determinación del contrato de seguro. Es decir, el asegurado negó sus padecimientos de trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo y adicionalmente tampoco mencionó su trauma quinto dedo de la mano y reconstrucción de ligamento cruzado anterior y mensicoplastia de rodilla izquierda. Antecedentes que de ser conocidos por la compañía aseguradora la hubieran llevado a no contratar en ninguna de las dos oportunidades, o la habrían llevado a pactar condiciones más onerosas. En ese sentido, es claro que en el presente asunto se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Pese a lo anterior, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, frente a la acción derivada de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co.

FRENTE AL HECHO 6: No es cierto como lo plantea la parte demandante. La objeción a la reclamación no se realizó con base en formulario de fecha 31 de mayo de 2018. La objeción se fundamentó en la omisión de la declaración del riesgo contenida en la declaratoria de asegurabilidad de fecha 17 de junio del 2016, para la póliza de Seguro Vida Individual Deudores No. 02 306 0000008469, certificado No. 0013-0323-67-4000137984 que amparaba la obligación No. 0013-0323-62-9600204248 con el Banco BBVA Colombia. Sumada a la declaración del riesgo contenida en la declaratoria de asegurabilidad para el contrato de seguro No. 02 225 0000093030, certificado No. 0013-0323-65-4001197912, que amparaba la obligación No. 0013-0323-62-9600252940 con el Banco BBVA Colombia. Se extrae:

Pese a lo anterior, el despacho debe tener en cuenta que, frente a las acciones derivadas de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentran permeadas por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co.

FRENTE AL HECHO 7: No es cierto. Las solicitudes de las pólizas junto con las declaratorias de asegurabilidad son diligenciados por el solicitante. En todo caso y sin perjuicio de lo ya dicho, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 8: No es cierto como lo plantea la parte accionante. En primer lugar, nada nos consta respecto lo indicado frente al Banco BBVA, ya que son entidades, con razón social, NIT y objetos totalmente distintos. Segundo, las solicitudes realizadas por el señor NELSON QUINTERO han sido respondidas en término. El 20 de junio de 2020 se objeta y el 29 de diciembre de 2020, se confirma la objeción, teniendo en cuenta que los contratos de seguros son objeto de nulidad. El señor Quintero al momento de solicitar sus aseguramientos no declaró el estado real del riesgo, pues omitió declarar su estado de salud y no informó que ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral de 48.37% en el año 2014, situación relevante respecto de sus padecimientos de trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo y adicionalmente por trauma quinto dedo de la mano y reconstrucción de ligamento cruzado anterior y mensicoplastia de rodilla izquierda. Antecedentes que de ser conocidos por la compañía aseguradora la hubieran llevado a no contratar en ninguna de las dos oportunidades, o la habrían llevado a pactar condiciones más onerosas. En ese sentido, es claro que en el presente asunto se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Pese a lo anterior, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, según el análisis de los documentos del proceso, se observa que las acciones derivadas de ese contrato de

seguro se encuentran prescritas frente a la aseguradora de vida en los términos del artículo 1081 del C. Co.

FRENTE AL HECHO 9: No es cierto. En primer lugar, nada nos consta respecto lo indicado frente al Banco BBVA, ya que son entidades diferentes, con razón social, NIT y objetos totalmente distintos. Segundo, las solicitudes realizadas por el señor NELSON QUINTERO han sido respondidas en oportunidad, con suficiencia, claridad y sin dilaciones o evasivas. La negativa de acoger su pedido obedece a que el contrato de seguro es objeto de nulidad. El señor Quintero al momento de solicitar su aseguramiento no declaró el estado real del riesgo, pues omitió declarar su estado de salud y no informó acerca del trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo. Se reitera, estos antecedentes de ser conocidos por la compañía aseguradora la hubieran llevado a no contratar en ninguna de las dos oportunidades, o la habrían llevado a pactar condiciones más onerosas. En ese sentido, es claro que en el presente asunto se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Pese a lo anterior, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, frente a la acción derivada de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co.

FRENTE AL HECHO 10: No es cierto como se plantea. Como se ha expresado la objeción se fundamentó en la omisión del señor Quintero en declarar el estado del riesgo de su condición de salud. Pero no es cierto que sea un invento de mi representada pues su firma se encuentra plasmada en los documentos en los cuales se le cuestiona acerca de su estado de salud, configurándose la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. En todo caso y sin perjuicio de lo ya dicho, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto

y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 11: No es cierto como se plantea. Como se ha expresado la objeción se fundamentó en la omisión del señor Quintero en declarar el estado del riesgo de su condición de salud. Pero no es cierto que sea un invento de mi representada pues su firma se encuentra plasmada en los documentos en los cuales se le cuestiona acerca de su estado de salud, configurándose la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. En todo caso y sin perjuicio de lo ya dicho, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 12: No es cierto como se plantea. El cuestionario plantea de forma concisa y de fácil comprensión para el lector, algunas preguntas acerca de su estado de salud eventos o enfermedades específicas, incluida la relacionada con el sistema musculoesquelético, relevante para el caso que nos ocupa. Empero, también realiza la pregunta de **¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?**, en la cual el solicitante debe expresar las que haya lugar. Adicionalmente, se pregunta por incapacidad física la cual debió responder de forma afirmativa pero no lo hizo, pues para la fecha de suscripción (17 de junio de 2016 y 20 de enero de 2020), el señor Nelson Quintero ya contaba con una declaración de pérdida de capacidad laboral del 48,37%. Así las cosas, no es de recibo lo afirmado en este hecho. Pues como se ha indicado la objeción se fundamentó en la omisión del señor Quintero en declarar el estado del riesgo de su condición de salud, configurándose la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Para comprensión se transcribe y se extrae el contenido de la declaración de asegurabilidad:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Cra 11A No.94A-23 Of. 201,
+57 3173795688 - 601-7616436

(...)

- ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA? (NO)
- ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL? (NO)
- ¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN? (NO)
- ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL? (NO)
- ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS? SI/ NO
- TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS (NO)
- PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (NO)

- *BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO* (NO)
- **REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA** (NO)
- *ENFERMEDADES DE BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFATICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS* (NO)
- *DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMDAD DEL CORAZON* (NO)
- *ENFERMEDADES RENALES-CALCULOS-PROSTATA-TESTICULOS* (NO)
- *ASMA, TOS CRONICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER* (NO)

*ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O
DEL SISTEMA RESPIRATORIO*

- *ULCERA DEL ESTOMAGO O
DUODENO, ENFERMEDADES DEL
RECTO, ESOFAGO, VESICULA,
HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O
ENFERMEDADES DE SISTEMA
DIGESTIVO* (NO)
- *ENFERMEDADES DE LOS OJOS,
OIDOS, NARIZ, GARGANTA,
RONQUERA O PROBLEMAS DE
ORGANOS DE LOS SENTIDOS* (NO)
- *CANCER O TUMORES DE
CUALQUIER CLASE* (NO)
- *SI ES MUJER, ¿HA TENIDO
ENFERMEDADES O TUMORES EN
SENOS, MATRIZ, OVARIOS?* (NO)
- *¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA
OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA
PRACTICA DE EXAMEN PARA
DIAGNOSTICO DEL SIDA? CASO
POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO* (NO)

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

Documento: transcripción declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Individual Deudores No. 02 306 0000008469 de fecha 17 de junio de 2016.

En todo caso, el asegurado tiene obligación expresa de indicar el estado del riesgo, independientemente del cuestionario realizado o no. Además, sin perjuicio de lo ya dicho, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 13: No es cierto como se plantea. Esta parte concuerda y solicita se tome como confesión que el hoy demandante *en el momento de adquirir el seguro se encontraba en todas sus facultades psicofísicas y se encontraba activo en servicio laboral*, por lo que no existía

impedimento alguno que le obstaculizara leer y comprender el contenido del texto que fue suscrito por este, y en el cual omitió declarar sobre su estado de salud, pues relacionó que no padecía ninguna enfermedad o incapacidad o intervención quirúrgica, entre otras. Ahora, Respecto de la autorización para corroborar la información, no es cierto que como entidad aseguradora se pueda consultar historia clínica, pues estos documentos se encuentran sometidos a reserva legal, es claro que no es de recibo este hecho al afirmar que mi representada no realizó el debido estudio correspondiente en cuanto a la corroboración de los datos del señor Nelson Quintero partiendo de la historia clínica y demás, ya que, en materia específica de seguros de vida, no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos o historia clínica con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Sino al contrario, es deber de del asegurado atender a su obligación de lealtad y buena fé, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones de salud o estado de calidad de vida, al ser este el riesgo que se está asegurando, principalmente porque es el asegurado quien conocen en detalle de sus propias circunstancias.

Pese a lo anterior, el Despacho deberá tener en consideración que, frente a la acción derivada de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co.

FRENTE AL HECHO 14: No es cierto. las solicitudes realizadas por el señor NELSON QUINTERO han sido respondidas en oportunidad, con suficiencia, claridad y sin dilaciones o evasivas. La negativa de acoger su pedido obedece a que los contratos de seguros son objeto de nulidad. El señor Quintero al momento de solicitar sus aseguramientos no declaró el estado real del riesgo, pues omitió declarar su estado de salud y no informó que ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral de 48.37%, situación relevante respecto de sus padecimientos del trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, del esguince de tobillo derecho, de la luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo. Se reitera, estos antecedentes, de ser conocidos por la compañía aseguradora la hubieran llevado a no contratar en ninguna de las dos oportunidades, o la habrían llevado a pactar

condiciones más onerosas. En ese sentido, es claro que en el presente asunto se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Pese a lo anterior, el Despacho deberá tener en consideración que, frente a la acción derivada de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que los aseguramientos que ostentaba el señor NELSON QUINTERO deben ser declarados nulos según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia en la que incurrió en el momento de solicitarlos. Además, el Despacho no puede resolver favorablemente las pretensiones, teniendo en cuenta que la acción derivada de esos contratos de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del C. Co.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1: ME Opongo a la pretensión 1, por las siguientes razones:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: esta pretensión no está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada de un contrato de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción. El dictamen de PCL de fecha 29 de mayo de 2020 fue notificado al demandante el 5 de junio de 2020, fecha a partir de la cual inicia la contabilización del término bienal, el cual solamente se vio suspendido por 25 días, ante la emergencia sanitaria COVID. Por ende, desde el 1 de julio de 2020 hasta el 1 de julio de 2022 el demandante no ejerció la acción, habiendo

prescrito. Pues la presente demanda se radica al 10 de septiembre de 2024. Entonces, al ser una consecuencia legal la prescripción extintiva esta debe darse para la desestimación de las pretensiones, a quien pudiendo ejercer la acción no accionó en oportunidad.

- *Nulidad de los contratos de seguro por la reticencia del asegurado:* Se expone que del análisis efectuado a los documentos del proceso, se observa que el señor NELSON QUINTERO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en los contratos de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades o eventos de salud que el señor NELSON QUINTERO negó en el momento de la contratación del seguro, fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral en un 52,76%, máxime cuando ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,37% el 6 de octubre de 2014, porcentaje aumentado en un 4,39% luego de la contratación del seguro por circunstancias relacionadas a la primera declaración. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de su pérdida de capacidad laboral previa de 48.37% por un trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral con la que ya contaba calificación para advertir que claramente esos eventos de salud cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación a los contratos de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a la pretensión 2, por las siguientes razones:

- *Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:* esta pretensión no está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada de un contrato de seguro se

encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción. El dictamen de PCL de fecha 29 de mayo de 2020 fue notificado al demandante el 5 de junio de 2020, fecha a partir de la cual inicia la contabilización del término bienal, el cual solamente se vio suspendido por 25 días, ante la emergencia sanitaria COVID. Por ende, desde el 1 de julio de 2020 hasta el 1 de julio de 2022 el demandante no ejerció la acción, habiendo prescrito. Pues la presente demanda se radica al 10 de septiembre de 2024. Entonces, al ser una consecuencia legal la prescripción extintiva esta debe darse para la desestimación de las pretensiones, a quien pudiendo ejercer la acción no accionó en oportunidad.

- Nulidad de los contratos de seguro por la reticencia del asegurado: se expone que del análisis efectuado a los documentos del proceso, se observa que el señor NELSON QUINTERO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en los contratos de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades o eventos de salud que el señor NELSON QUINTERO negó en el momento de la contratación del seguro, fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral en un 52,76%, máxime cuando ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,37% el 6 de octubre de 2014, porcentaje aumentado en un 4,39% luego de la contratación del seguro por circunstancias relacionadas a la primera declaración. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de su pérdida de capacidad laboral previa de 48.37% por un trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral con la que ya contaba calificación para advertir que claramente esos eventos de salud cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación a los contratos de seguros como

consecuencia de la reticencia del asegurado.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO a la pretensión 3, por las siguientes razones:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: esta pretensión no está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada de un contrato de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción. El dictamen de PCL de fecha 29 de mayo de 2020 fue notificado al demandante el 5 de junio de 2020, fecha a partir de la cual inicia la contabilización del término bienal, el cual solamente se vio suspendido por 25 días, ante la emergencia sanitaria COVID. Por ende, desde el 1 de julio de 2020 hasta el 1 de julio de 2022 el demandante no ejerció la acción, habiendo prescrito. Pues la presente demanda se radica al 10 de septiembre de 2024. Entonces, al ser una consecuencia legal la prescripción extintiva esta debe darse para la desestimación de las pretensiones, a quien pudiendo ejercer la acción no accionó en oportunidad.
- Nulidad de los contratos de seguro por la reticencia del asegurado: se expone que del análisis efectuado a los documentos del proceso, se observa que el señor NELSON QUINTERO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en los contratos de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades o eventos de salud que el señor NELSON QUINTERO negó en el momento de la contratación del seguro, fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral en un 52,76%, máxime cuando ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,37% el 6 de octubre de 2014, porcentaje aumentado en un 4,39% luego de la contratación del seguro por circunstancias relacionadas a la primera declaración. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de su pérdida de capacidad laboral previa de 48.37% por un trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo

izquierdo, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral con la que ya contaba calificación para advertir que claramente esos eventos de salud cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación a los contratos de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 4: Me pongo a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la pretensión principal, pues la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el señor NELSON QUINTERO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la omisión de comunicar la disminución de su capacidad en más del 48% motivada por: trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral para el 6 de octubre de 2014, situación conocida de forma previa a la contratación de los seguros y que fue aumentada en más del 4% el 29 de mayo de 2020, posterior a la contratación. Entonces, de haber conocido ello por mi mandante, se hubiere retraído de celebrar los contratos de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. 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 a los contratos de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Adicionalmente, se reitera esta pretensión tampoco está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada de ese contrato de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del C. Co. Al haber transcurrido más de dos años desde el siniestro sin que se hubiese ejercido, siendo una consecuencia legal la desestimación de las pretensiones, a quien pudiendo ejercerlas

no accionó en oportunidad.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 5: me opongo a la condena en costas y agencias en derecho, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DENOMINADO “CUANTÍA”

La parte demandante se limita a enunciar que corresponde a la sumatoria de los créditos tomado por el señor NELSON QUINTERO sin indicar el valor de estos, por lo tanto, me permito oponerme de manera respetuosa a lo predicado en el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, el cual ,establece que *“quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos”*. (Subrayado por fuera del texto original), por las siguientes razones:

La parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización depreca y solicito que se apliquen las sanciones de que tratan el artículo 206 del mismo estatuto procesal.

No hay relación de valor alguno, no hay prueba dentro del expediente que justifique un valor a pagar. En efecto debe aclararse que los documentos aportados al plenario del proceso en las cuales se fundamenta dicha solicitud, no brindan la claridad necesaria para que se efectúe dicho reconocimiento.

Además, no puede obviarse que el señor NELSON QUINTERO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus

aseguramientos. Como se explicó, sus omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que él conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros siendo supremamente relevantes para el Asegurador. Máxime cuando ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,37% el 6 de octubre de 2014, porcentaje aumentado en un 4,39% luego del diligenciamiento de las declaratorias de asegurabilidad formalizadas (17 de junio de 2016 y 20 de enero de 2020) En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de su trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo, evidentemente se hubiere retraído de celebrar los contratos de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor NELSON QUINTERO y el mismo dictamen de PCL del 29 de mayo de 2020 para advertir que desde la sana crítica estos 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.

Adicionalmente, la acción impetrada que se deriva de un contrato de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción, esto es la notificación del dictamen de PCL el 5 de junio de 2020 sin que se hubiese ejercido, siendo una consecuencia legal la desestimación de las pretensiones, a quien pudiendo ejercerlas no accionó en oportunidad.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE LOS CONTRATOS DE SEGURO

Teniendo en cuenta que en el presente asunto (i) el dictamen de pérdida de capacidad laboral No. 3322 aconteció el 29 de mayo de 2020, notificado el 5 de junio de 2020 (ii) el 29 de mayo de 2024 se expidió la constancia de no acuerdo y, (iii) la demanda se radicó el 10 de septiembre de 2024. Se entiende que la presente acción fue instaurada con posterioridad al término bienal establecido en el artículo 1081, operando el fenómeno prescriptivo. Sobre el particular, 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)

Aterrizando lo anterior al caso concreto, debe decirse que, en este caso operó la prescripción ordinaria, como quiera que el primer hito temporal a partir del cual se empezó a contar el término bienal de que trata la norma, fue la notificación del 5 de junio de 2020 del dictamen de PCL (hecho que da base a la acción), tal como se muestra a continuación:


 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
 POLICIA NACIONAL
 DIRECCION DE SANIDAD
 UPRES NORTE DE SANTANDER

**UPRES NORTE DE SANTANDER
AUTORIZACION DE NOTIFICACION**

En CUCUTA, a los 29 dias del mes de Mayo del Año 2020 siendo las 10:01 horas, el (la) señor (a) Nelson Jesus Quintero Cárdenas, identificado(a) con la cedula de ciudadanía N° 88311702 expedida en Los Peñas autorizo VOLUNTARIAMENTE la notificación de la Junta Medica Laboral N° 3222 de fecha 29-5-2020 a través de la siguiente dirección de correo nelson.quintero1902@torres-petrolia.gov.co en cumplimiento a lo preceptuado en los artículos 56 y 57 de la ley 1437 de 2011 "Código de Procedimiento administrativo y de lo Contencioso Administrativo".

Pt Nelson Jesus Quintero Cárdenas
(Grado, Nombres y Apellidos) Firma y Post. Firma

TIPO DE DOCUMENTO: CECULA DE CIUDADANIA
 No DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 88311702
 DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 30 N 10-30
 CIUDAD: Ambale
 BARRIO: Zofra Viata
 DEPARTAMENTO: NB Santander
 TELEFONO CELULAR O Fijo: 3188538135
 FECHA DE NOTIFICACION: 5-6-2020

Pt JOHANNA PEÑALCZA
NUMEROS Y APELLIDOS DEL SERVIDOR PUBLICO (QUE NOTIFICA)

Documento: Constancia de notificación del 5 de junio de 2020, del Dictamen No. 3222 realizado el 29 de mayo de 2020.

Ahora, respecto a la solicitud de indemnización radicada en 2020 y objetada en junio de 2020, si bien (como única vez) tuvo la virtualidad de interrumpir la prescripción conforme se establece en el artículo 94 del Código General del Proceso. Luego desde dicha fecha, de acuerdo con la normatividad vigente, el accionante contaba con dos años para accionar, es decir, hasta junio de 2022, sin embargo, como existió suspensión de términos por la emergencia sanitaria por COVID hasta el 30 de junio de 2020. El plazo con el que contaba el señor NELSON QUINTERO era hasta el 1 de julio de 2022 y esta fue presentada hasta el 10 de septiembre de 2024. Como se evidencia:

Departamento		Provincia			
003 Juzgado Municipal - Civil		Juzgado 3 Civil Municipal de Cúcuta			
Clasificación del Proceso					
Tipo	Clase	Recurso	Ubicación del Expediente		
Declarativo	Ordinario	Sin Tipo de Recurso	Secretaría		
Sujeto Procesales					
Demandante(s)			Demandado(s)		
NELSON JESUS QUINTERO CARDENAS			BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. BANCO BBVA.		
Contenido de Radicación					
PROCESO DECLARATIVO RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL					
Actuaciones del Proceso					
Fecha de Actuación	Actuación	Avaluación	Fecha Inicio Término	Fecha Finaliza Término	Fecha de Registro
19 Dec 2024	RECEPCION DE MEMORIAL	CONTESTACION DEMANDA			19 Dec 2024
10 Dec 2024	RECEPCION DE MEMORIAL	RECURSO REPOSICION			10 Dec 2024
06 Dec 2024	RECEPCION DE MEMORIAL	ALLEGA NOTIFICACION			06 Dec 2024
28 Nov 2024	FIJACION ESTADO CGP	ACTUACION REGISTRADA EL 28/11/2024 A LAS 19:00:05.	29 Nov 2024	28 Nov 2024	28 Nov 2024
28 Nov 2024	AUTO ADMITE DEMANDA				28 Nov 2024
21 Oct 2024	RECEPCION DE MEMORIAL	SUBSANACION DEMANDA			21 Oct 2024
18 Oct 2024	FIJACION ESTADO CGP	ACTUACION REGISTRADA EL 18/10/2024 A LAS 17:52:08.	21 Oct 2024	21 Oct 2024	18 Oct 2024
18 Oct 2024	AUTO INADMITE DEMANDA				18 Oct 2024
10 Sep 2024	INICIACION DE PROCESO	ACTUACION DE RADICACION DE PROCESO REALIZADA EL 10/09/2024 A LAS 16:17:54	10 Sep 2024	10 Sep 2024	10 Sep 2024

Documento: Consulta de la rama. Radicación del proceso el 10 septiembre de 2024

Ahora, aunque la parte demandante allegó constancia de conciliación extrajudicial, lo cierto es que esta no tuvo la virtualidad de suspender el término prescriptivo. Ello, porque para la fecha en que la misma fue presentada, esto es para mayo de 2024, el término prescriptivo ya se había consolidado para el año 2022.

No hay lugar a dudas que la acción se encuentra totalmente prescrita. Lo anterior, por cuanto la demanda formulada por la parte actora fue instaurada hasta el 10 de septiembre de 2024. Es decir, más de cuatro años luego de conocida la declaratoria de PCL, por lo cual es evidente que en el presente caso operó la prescripción, máxime en consideración que la solicitud de conciliación no suspendió los términos, pues para la fecha de citación, ya se encontraba totalmente configurada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. De modo tal que como en el caso que nos ocupa han transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho base del presente litigio, por cuanto la demanda no fue incoada dentro de los términos contemplados en el artículo 1081 del Código de Comercio.

En conclusión, no existe duda alguna que de una u otra manera ha operado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del señor NELSON QUINTERO en los términos de del artículo 1081 del Código de Comercio. Por cuanto, es claro que el término prescriptivo empezó su conteo a partir del 5 de junio de 2020 dicho momento corresponde a la fecha de notificación del dictamen de pérdida de capacidad laboral (PCL), por ende el termino prescriptivo para ejercer acciones en contra del asegurador con la suspensión por COVID, era desde el 1 de julio de 2020 y feneció el 1 de julio de 2022, mientras que la acción objeto de litigio tan solo se radicó hasta el 10 de septiembre de 2024, cuando el fenómeno extintivo ya se había consolidado. El señor NELSON QUINTERO accionó, más de cuatro años después. Resulta evidente, que se debe declarar esta excepción como una consecuencia extintiva de la acción, desfavorable para quien, teniendo las posibilidades de ejercer un derecho o una acción, transcurrido determinado tiempo no lo hizo.

En tal virtud, solicito al Despacho tener por probada esta excepción por encontrarse plenamente probada la prescripción.

2. NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL SEÑOR JESUS QUINTERO.

Sin perjuicio de la falta de legitimación en la causa que se ha venido defendiendo, es fundamental que el despacho tome en consideración que el asegurado, el señor NELSON QUINTERO, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de sus aseguramientos, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, pues negó que ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,37% el 6 de octubre de 2014, con anterioridad a la contratación de los seguros, porcentaje aumentado en un 4,39% luego del diligenciamiento de las declaratorias de asegurabilidad (17 de junio de 2016 y 20 de enero de 2020). En otras palabras, negó: su trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma

rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo, que de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar estos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas con ella.

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

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

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi

¹ 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.

representada cuando el asegurado 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. 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 el Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es

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

reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía**”*

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.

*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.*³(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 Código de Comercio, analizando lo siguiente:

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

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

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

³ 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

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.⁴ (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 Código de Comercio. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

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

⁴ 4 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.

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección de los contratos de seguros, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que el Aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

- La necesidad de que los contratos de seguros se celebren 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 el Aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Las pólizas contradas se formalizaron el 17 de junio de 2016 y el 20 de enero de 2020. En cada una de dichas calendas, se le formuló un cuestionario de asegurabilidad (declaración de asegurabilidad) para cada una de los aseguramientos que pretendía contratar, con preguntas redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor NELSON QUINTERO las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor NELSON QUINTERO conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 17 de junio de 2016 y 20 de enero de 2020, fechas en las que suscribió las declaraciones de asegurabilidad, negó la existencia de sus antecedentes a la Compañía Aseguradora e incluso de la existencia de un dictamen de pérdida de capacidad laboral en un 48,37% del 6 de octubre de 2014. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor NELSON QUINTERO respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el asegurado ha padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido

conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar estos, o por lo menos, los hubiera inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor NELSON QUINTERO, es de gran importancia precisar cuáles son las enfermedades que padece y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar sus aseguramientos. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación a los contratos de seguros en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el Despacho tenga en cuenta que el señor NELSON QUINTERO en dos oportunidades y con pleno conocimiento sobre sus padecimientos de salud, respondió negativamente todas las preguntas que cuestionaban la existencia de enfermedades preexistentes, lo que constituye una clara falta a la verdad, pues como se probará en el curso del proceso, el hoy accionante padeció de trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo, lo que representa antecedentes sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador.

- **PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PREVIA EN UN 48.37%**

El señor Nelson Jesús Quintero ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral de 48.37% para el 6 de octubre de 2014 en razón a trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo. Estos padecimientos y ese dictamen son previos a la solicitud de los aseguramientos. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esas enfermedades constituye un hecho que sin lugar a dudas nos

ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Pues de conocerlas la aseguradora no hubiese expedido una póliza amparando una Incapacidad total permanente superior al 50% pues era un riesgo inminente al faltar menos de un 2% para que se concretase. Situación que vició el consentimiento de mi mandante.

- **TRAUMA MUSLO-RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA**

Frente a ese diagnóstico se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor NELSON QUINTERO, que este padecimiento fue previo a la solicitud de los aseguramientos. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO**

Frente a ese diagnóstico se demostrará que ya era conocido por el accionante, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor NELSON QUINTERO, este padecimiento fue previo a la solicitud de los aseguramientos. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **TRAUMA RODILLA Y TALÓN DERECHO**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el accionante, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor NELSON QUINTERO, este padecimiento fue previo a la solicitud de los aseguramientos. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **LACERACIONES Y CONTUSIÓN DE MUÑECA IZQUIERDA**

Este diagnóstico no puede pasarse por alto, pues este padecimiento fue previo a la solicitud de los aseguramientos. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **ESGUINCE DE TOBILLO IZQUIERDO**

Esta afectación en su salud ya era conocido por el accionante, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor NELSON QUINTERO, este padecimiento fue previo a la solicitud de los aseguramientos. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En este sentido, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con el señor NELSON QUINTERO suscribió sus dos declaraciones de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor NELSON QUINTERO ya contaba con una pérdida de capacidad laboral de 48.37% para el 6 de octubre de 2014 en razón a trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo, conocidas y presentes con anterioridad a las dos suscripciones del seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, pues dentro de las deficiencias que permitieron que el ente calificador

fijara índices para determinar el porcentaje final de pérdida de capacidad laboral del asegurado en un 52,76%, se encuentran los padecimientos de salud que no fueron declaradas antes de solicitar sus aseguramientos. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad de los dos contratos 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.

En otras palabras, se entrará a demostrar que el señor NELSON QUINTERO, con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, padecía y conocía de la existencia de sus enfermedades de trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo. Además, antes de la contratación de los seguros ya contaba con un dictamen de pérdida de capacidad laboral en un 48,37% de fecha 6 de octubre de 2014, porcentaje aumentado en un 4,39% el 29 de mayo de 2020, por un trauma en el quinto dedo de la mano y una cirugía por reconstrucción de ligamento cruzado anterior y mensicoplastia de rodilla izquierda, para un total de PCL del 52,76%. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio de cada cuestionario, varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

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 la enfermedad y antecedentes anteriormente referidos y que por supuesto el asegurado debió informar. Lo anterior, ya que, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le

preguntó al asegurado, lo siguiente:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(...)

- **¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA?** (NO)
- **¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL?** (NO)
- **¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?** (NO)
- **¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?** (NO)
- **¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?** SI/ NO
- **TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS** (NO)

- PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (NO)
- BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO (NO)
- REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA (NO)
- ENFERMEDADES DE BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFATICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS (NO)
- DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMDAD DEL CORAZON (NO)
- ENFERMEDADES RENALES-CALCULOS-PROSTATA-TESTICULOS (NO)

- ASMA, TOS CRONICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO (NO)
- ULCERA DEL ESTOMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESOFAGO, VESICULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DE SISTEMA DIGESTIVO (NO)
- ENFERMEDADES DE LOS OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS (NO)
- CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE (NO)
- SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS? (NO)
- ¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRACTICA DE EXAMEN PARA (NO)

DIAGNOSTICO DEL SIDA? CASO
POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO

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

Documento: transcripción declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Individual Deudores No. 02 306 0000008469 de fecha 17 de junio de 2016.

En resumen, el señor NELSON QUINTERO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de perfeccionar sus seguros son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la pérdida de capacidad laboral estimada en el año 2014 por disminución del 48,37%, la aseguradora no hubiese expedido una póliza amparando una Incapacidad total permanente superior al 50% pues era un riesgo inminente al faltar menos de un 2% para que se concretase. El señor QUINTERO negó sus padecimientos previos, concertados en esa calificación emitida. Ya padecía de un trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla

y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo, con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. En este sentido, basta con examinar el dictamen de pérdida de capacidad laboral realizado por la Junta Médica de la Policía Nacional 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 reticencia.

En conclusión, el señor NELSON QUINTERO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en los contratos de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que negó en el momento de sus inclusiones en dichos contratos, fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido su pérdida de capacidad laboral previa relacionada con un trauma muslo-rodilla y pierna izquierda, esguince de tobillo derecho, luxación de hombro derecho, trauma rodilla y talón derecho, laceraciones y contusión de muñeca izquierda y esguince de tobillo izquierdo, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, 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, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación a los dos contratos de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

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

3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE EL 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 jurídico⁵.

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

⁵ 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.”

implique la violación de derechos fundamentales⁶. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁷. (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)⁸

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se

⁶ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁷ 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.

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

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 Gutiérrez⁹, 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 aqotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

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

(...)

⁹ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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...”¹⁰ (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

¹⁰ 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 uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con 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 al perfeccionamiento de los contratos de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad de los mismos, con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es 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 su Delegatura 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 distingos, 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”. (negrilla y subrayas fuera del texto).¹¹

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹², 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:

¹¹ 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.

¹² Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

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

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

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad de los dos contratos de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado 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 de los dos contratos de seguro, la aseguradora se

hubiere retraído de celebrarlos, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dichos contratos sean declarados nulos por el juez competente.

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

5. EN TODO CASO, BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TENDRÍA LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS 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, por lo que no hay lugar a devolución alguna como lo solicitó la demandante. 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 el señor NELSON QUINTERO fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros, esto es, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues 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. 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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

7. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.

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

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

8. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LAS PÓLIZAS DE SEGURO VIDA DEUDORES ES EL BANCO BBVA.

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

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

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.¹³ (...)

Como se observa, las pólizas de seguro de vida deudores están estructuradas bajo la finalidad de

¹³ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.¹⁴ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que los contratos de seguros se asocian a obligaciones crediticias distintas, así:

1. Contrato de Seguro Vida Individual Deudores No. 02 306 0000008469, certificado No. 0013-0323-67-4000137984 que amparaba la obligación No. 0013-0323-62-9600204248 con el Banco BBVA Colombia.
2. Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 225 0000093030, certificado No. 0013-0323-65-4001197912, que amparaba la obligación No. 0013-0323-62-9600252940 con el Banco BBVA Colombia.

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

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

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del Código General del Proceso 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 de los dos contratos de seguro en cabeza del accionante (1081 Código de Comercio).

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

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza Seguro Vida Individual Deudores No. 02 306 0000008469, certificado No. 0013-0323-67-4000137984 que amparaba la obligación No. 0013-0323-62-9600204248 con el Banco BBVA Colombia.
- 1.2. Clausulado general Seguro Vida Deudor Individual
- 1.3. Clausulado general Seguro Vida Deudor

- 1.4. Derecho de petición dirigido a la DIRECCIÓN DE SANIDAD-POLICIA NACIONAL
- 1.5. Constancia de radicación del Derecho de petición dirigido a la DIRECCIÓN DE SANIDAD-POLICIA NACIONAL
- 1.6. Repuesta al derecho de petición de la la DIRECCIÓN DE SANIDAD-POLICIA NACIONAL

1. INTERROGATORIO DE PARTE

- 1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor NELSON JESUS QUINTERO CARDENAS, 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 NELSON JESUS QUINTERO CARDENAS podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

2. DECLARACIÓN DE PARTE

- 2.1. 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 S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de las Pólizas de Seguro.

3. TESTIMONIALES

- 3.1. Solicito se sirva citar 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 del señor QUINTERO. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de las pólizas, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con las pólizas que atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor QUINTERO, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado de cara a los contratos de seguro comentados en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

- 3.2. Solicito se sirva citar a la doctora **JULIE ALEXABDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor QUINTERO. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de las pólizas, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con las pólizas que atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor QUINTERO, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado de cara a los contratos de seguro comentados en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Su Historia Clínica desde 2010 hasta 2020, en la Audiencia respectiva.
- El dictamen de la junta médico laboral del 4 de octubre de 2014 y 29 de mayo de 2020.
- La solicitud de conciliación realizada ya que se encuentra en los anexos es la constancia de la diligencia realizada.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro las Pólizas Vida Deudores; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder del señor QUINTERO ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que ha recibido de manera personal y el dictamen previo de PCL.

- 4.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **POLICIA NACIONAL- DIRECCIÓN DE SANIDAD**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor NELSON QUINTERO correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020 y los dictámenes de pérdida de capacidad laboral practicado a él, en fecha 4 de octubre de 2014 y 29 de mayo de 2020. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor NELSON QUINTERO entre los años referidos.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor NELSON QUINTERO, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **POLICIA NACIONAL- DIRECCIÓN DE SANIDAD** puede ser notificada en disan.asjur-judicial@policia.gov.co.

5. OFICIOS.

- 5.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **POLICIA NACIONAL- DIRECCIÓN DE SANIDAD**, para que remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor NELSON QUINTERO, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020 y los dictámenes de pérdida de capacidad laboral practicado a él, en fecha 4 de octubre de 2014 y 29 de mayo de 2020. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor NELSON QUINTERO, entre los años referidos.

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

sometidos a reserva.

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor NELSON QUINTERO, sufrió en años anteriores y que ya conocía al momento de suscribir sus pólizas de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD-POLICIA NACIONAL** puede ser notificada en disan.asjur-judicial@policia.gov.co.

6. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA las patologías del señor NELSON QUINTERO se hubiera retraído de otorgar el amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en las dos pólizas. Es decir, el dictamen demostrará cómo 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 los contratos de seguros 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 los mismos.

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

Término que deberá iniciar una vez sea decretado, ya que no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al Despacho, proceder de conformidad.

VI. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder otorgado al suscrito.
3. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VII. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. VIDA S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C., correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

Al suscrito en la Carrera 11A No.94A-23 Of. 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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