

Señores.

**JUZGADO OCHENTA Y UNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ TRANSFORMADO
TRANSITORIAMENTE EN JUZGADO SESENTA Y TRES DE PEQUEÑAS CAUSAS Y
COMPETENCIA MÚLTIPLE**

E.S.D

PROCESO: VERBAL SUMARIO
RADICACIÓN: 110014003081-2024-00451-00
DEMANDANTE: GABRIEL EDUARDO PÁEZ PARRA Y OTROS
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE 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 como apoderado especial 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 legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por GABRIEL EDUARDO PAEZ PARRA y otros en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

**CONSIDERACION PRELIMINAR
SOLICITUD SENTENCIA ANTICIPADA**

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del Código General del Proceso, y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad comedidamente se solicita al Despacho proferir sentencia anticipada debido a que se encuentra vastamente acreditada la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, en la medida en que desde la ocurrencia del hecho que da base a la acción, es decir desde el fallecimiento del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) acaecido el día 15 de febrero de 2022, hasta la fecha de presentación de la demanda ante la jurisdicción ordinaria (4 de abril de 2024) transcurrieron más de dos años, es decir operó el fenómeno prescriptivo.

La norma aludida del Código General del Proceso, 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. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, debido a que la demanda fue presentada con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el hecho que da base a esta demanda, es decir el fallecimiento del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), lo cual ocurrió el 15 de febrero de 2022. De manera que, en el caso bajo estudio la Accionante contaba hasta el 15 de febrero de 2024 para promover el ejercicio de esta acción. No obstante, no fue sino hasta el 4 de abril de 2024 que la parte actora interpuso la demanda, por lo que es dable advertir que en el presente asunto operó la prescripción consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

Es más, aún en el evento en que el Honorable Despacho realice el cómputo del término contando una posible interrupción de la prescripción de que trata el inciso final del artículo 94 del Código General del Proceso, la cual podría entenderse que se materializó por medio de la solicitud de indemnización que presentó la actora en el mes de marzo de 2022 y que dio origen a la objeción del 25 de marzo de 2022, incluso así, las acciones derivadas del contrato de seguro de todas maneras se encuentran prescritas, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes en que se radicó la primera solicitud para hacer efectivo el aseguramiento. En este sentido, dado que la demanda fue presentada hasta el 4 de abril de 2024, es dable advertir que la parte actora promovió la presente acción después del término máximo para su ejercicio, el

cual en este evento era el 19 de marzo de 2024, lo anterior incluso teniendo en cuenta la suspensión de términos con ocasión a la solicitud de conciliación extrajudicial. Lo cual conlleva indefectiblemente a concluir que las acciones que se derivan de contrato de seguro se encuentran prescritas en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, lo que obsta para que salgan adelante las pretensiones de la demanda y lo que comporta incluso el deber para este honorable despacho de proferir sentencia anticipada para absolver a mi mandante.

CAPÍTULO I

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL SEGURO DE VIDA DEUDORES

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el crédito adquirido, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó, en virtud de que mi prohijada es una entidad totalmente diferente al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, acreedor del contrato de mutuo que se menciona en el presente hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2: Es cierto que el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria figura como tomador dentro del Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 220 0000011242. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y, por ello, las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido de una enfermedad que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) conocía de su padecimiento de salud con

anterioridad al mes de noviembre de 2018 negó la existencia de sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 3: Es cierto que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) fue incluido al contrato de seguro vida grupo deudores. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, tal y como se expuso en el pronunciamiento del hecho previo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 4: Es cierto que el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria figura como tomador dentro del Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 220 0000011242. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Tal y como se expuso previamente.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 5: Es cierto que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) fue asegurado dentro del contrato de seguro vida grupo deudores. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, tal y como se expuso en el pronunciamiento del hecho previo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 6: Es cierto que el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria figura como beneficiario oneroso dentro del Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 220 0000011242. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Adicionalmente, debe indicarse que al ser el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria en beneficiario de la póliza es este quien en una eventual condena recibiría la indemnización, toda vez que el patrimonio de la entidad financiera 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 asegurada en la póliza.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 7: No es cierto, lo primero que debe indicarse es que lo relatado no es un hecho, toda vez que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Es la transcripción de una cláusula que no aplica para el caso en concreto, pues en la misma se hace referencia a la

posibilidad de convertibilidad del seguro, es decir cuando finalice el aseguramiento vida grupo deudores podrá adquirir una póliza individual, lo cual no ocurrió en el presente caso.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 8: No es cierto, el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria figuraba como beneficiario oneroso dentro del Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 220 0000011242, por lo que es este quien en una eventual condena recibiría la indemnización, toda vez que el patrimonio de la entidad financiera 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 asegurada en la póliza.

Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 9: No es cierto, el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria figuraba como beneficiario oneroso dentro del Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 220 0000011242, por lo que es este quien en una eventual condena recibiría la indemnización, toda vez que el patrimonio de la entidad financiera 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 asegurada en la póliza.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 10: Solo es cierto en cuanto a que el contrato de seguro contaba con el amparo de vida, esto quiere decir que en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podría ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Sin embargo, frente al valor asegurado debe aclararse que no es la suma de \$30.000.000 tal y como lo indica la parte demandante, sino que es el valor en la que se encuentre el crédito a la fecha de fallecimiento del asegurado.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 11: Es cierto, el contrato de seguro cuenta con el valor asegurado de \$30.000.000, toda vez que fue el monto del crédito adquirido por el señor Juan Gabriel Páez (Q.E.P.D) con la entidad financiera. Sin embargo, en caso de concretarse el riesgo la Compañía de Seguros únicamente deberá cancelar el saldo insoluto de la deuda, a saber:

3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

Documento: Clausulado del Seguro de Vida Grupo Deudores

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

Lo anterior quiere decir que el valor asegurado no es la suma de \$30.000.000 tal y como lo indica la parte demandante, sino que es el valor en la que se encuentre el crédito a la fecha de fallecimiento del asegurado.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 12: No es cierto, el contrato de seguro cuenta con el valor asegurado de \$30.000.000, toda vez que fue el monto del crédito adquirido por el señor Juan Gabriel Páez (Q.E.P.D) con la entidad financiera. Sin embargo, en caso de concretarse el riesgo la Compañía de Seguros únicamente deberá cancelar el saldo insoluto de la deuda, a saber:

3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.
- En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

Documento: Clausulado del Seguro de Vida Grupo Deudores

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

Lo anterior quiere decir que el valor asegurado no es la suma de \$30.000.000 tal y como lo indica la parte demandante, sino que es el valor en la que se encuentre el crédito a la fecha de fallecimiento del asegurado.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 13: Es cierto, en este punto debe indicarse que es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia de seguros de vida, no 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. Lo anterior toda vez que el artículo 1158¹ del C. Co señala 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. Es decir el artículo 1158 C Co. es muy claro al (i) negar 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.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 14: Es cierto, en este punto debe indicarse que es desacertado jurídicamente afirmar 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 con

¹ “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”.

anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Lo anterior toda vez que el artículo 1158² del C. Co señala 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. Es decir el artículo 1158 Cco. es muy claro al (i) negar la existencia de una 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.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 15: Es cierto, en este punto debe indicarse que es desacertado jurídicamente afirmar 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 con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Lo anterior toda vez que el artículo 1158³ del C. Co señala 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. Es decir el artículo 1158 Cco. es muy claro al (i) negar la existencia de una 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.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 16: No es cierto, la Compañía de Seguros suministró un formulario de asegurabilidad a fin de que el señor Gabriel Páez (Q.E.P.D) respondiera las preguntas allí consignadas y, así mi prohijada pudiera verificar el estado del riesgo y tarificara el mismo para poder indicar al potencial asegurado si extraprimaba o no celebraba el negocio jurídico.

Debe recordarse que el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado sobre el asegurado recaía la carga pre contractual de informar su verdadero estado de salud.

² "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".

³ "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".

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL FALLECIMIENTO DE JOSÉ GABRIEL PÁEZ (QEPD)

FRENTE AL HECHO NÚMERO 17: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el crédito adquirido, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 18: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el crédito adquirido, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 19: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el crédito adquirido, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS LA OBLIGACIÓN BANCARIA ADEUDADA AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO DE JOSÉ GABRIEL PÁEZ (QEPD)

FRENTE AL HECHO NÚMERO 20: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el saldo del crédito adquirido, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó, en virtud de que mi prohijada es una entidad totalmente diferente al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, acreedor del contrato de mutuo que se menciona en el presente hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 21: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con las cuotas canceladas, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó, en virtud de que mi prohijada es una entidad

totalmente diferente al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, acreedor del contrato de mutuo que se menciona en el presente hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 22: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el último pago del crédito efectuado por el señor Gabriel Páez (Q.E.P.D), pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó, en virtud de que mi prohijada es una entidad totalmente diferente al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, acreedor del contrato de mutuo que se menciona en el presente hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR GABRIEL EDUARDO PÁEZ Y LA OBJECIÓN (RESPUESTA NEGATIVA) DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 23: Solo es cierto en cuanto a que se presentó una solicitud de indemnización, por lo que desde ya el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 24: No es cierto como se expresa, pues lo presentado corresponde a una solicitud de indemnización y no a una reclamación toda vez que no cumple con los presupuestos para tales efectos. Ahora bien, conforme a la solicitud efectuada en marzo de 2022, mi prohijada emite la objeción, lo anterior debido a que el contrato es nulo por la reticencia del asegurado.

Ahora bien, debe indicarse que de acuerdo con la presentación de la solicitud, el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se

presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 25: Es cierto, pues conforme a la solicitud de indemnización efectuada en marzo de 2022, mi prohijada emite la objeción, lo anterior debido a que el contrato es nulo por la reticencia del asegurado, pues el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía desde el 6 de junio de 2013, previo al mes de noviembre de 2018, fecha en la que solicitó su aseguramiento, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Ahora bien, debe indicarse que de acuerdo con la presentación de la solicitud, el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 26: Es cierto que la parte demandante presentó una reconsideración. Sin embargo, en dicho escrito no indicó argumento o hecho nuevo que pudiese cambiar la objeción que ya había sido presentada por la Compañía.

Por otra parte, el despacho debe tener en consideración que, la primera solicitud se efectuó en el mes de marzo, por lo que esta fue la única que tuvo la virtualidad de interrumpir el término bienal de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y en ese sentido es dable indicar que el fenómeno prescriptivo se configuró en el caso de marras, toda vez que la demanda se

presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 27: Es cierto, pues en dicho escrito de reconsideración no se indicó argumento o hecho nuevo que pudiese cambiar la objeción que ya había sido presentada por la Compañía, por lo que era claro que el señor José Gabriel Páez (Q.E.PD) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía al menos desde el año 2013, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, tal y como se expuso en el pronunciamiento del hecho previo

FRENTE AL HECHO NÚMERO 28: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con las causas del fallecimiento del asegurado, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó.

Sin perjuicio de lo anterior, debe señalarse que no es cierto que las enfermedades omitidas no hayan tenido relación con el fallecimiento del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), toda vez que conforme a la historia clínica uno de los diagnósticos del fallecimiento es la infección respiratoria aguda, lo cual concierne a la insuficiente renal que omitió declarar en el mes de noviembre de 2018.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA LEGITIMACIÓN DE LOS HEREDEROS PARA RECLAMAR EL VALOR ASEGURADO

FRENTE AL HECHO NÚMERO 29: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su relación matrimonial, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 30: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el fallecimiento de la señora Flor Angela Parra (Q.E.P.D), pues se trata

de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 31: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su relación filial, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 32: No es cierto, lo primero que debe indicarse es que lo narrado no es un hecho, toda vez que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Ahora bien, como pronunciamiento al mismo debe indicarse que no es cierto que la indemnización que en un eventual caso deba realizar mi prohijada sea en favor a los herederos del asegurado. Lo anterior, debido a que, sí se había realizado la designación de beneficiario oneroso, el cual correspondía al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, es éste quien en una eventual condena recibiría la indemnización, toda vez que el patrimonio de la entidad financiera 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 asegurada en la póliza.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 33: No es cierto, lo primero que debe indicarse es que lo narrado no es un hecho, toda vez que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Ahora bien, como pronunciamiento al mismo debe indicarse que no es cierto que la indemnización que en un eventual caso deba realizar mi prohijada sea en favor a los herederos del asegurado. Lo anterior, debido a que, sí se había realizado la designación de beneficiario oneroso, el cual correspondía al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, es éste quien en una eventual condena recibiría la indemnización, toda vez que el patrimonio de la entidad financiera 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 asegurada en la póliza.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 34: No es cierto, conforme a la constancia de no acuerdo emitida por el Centro de Conciliación Justicia Alternativa, la solicitud fue efectuada el día 15 de enero de 2024 y la audiencia de realizó el día 2 de febrero de 2024, a saber:

conciliadora deja constancia de:

Fecha de solicitud : 15 de enero de 2024
Fecha de citación : 18 de enero de 2024
Fecha de A. de Conciliación : 2 de febrero de 2024
Hora de la audiencia : 10:00 a.m.

Con la presente constancia se da cumplimiento a lo señalado p

Por lo que en caso de tener en cuenta una posible suspensión por la solicitud de audiencia de conciliación, la misma solo podrá ser de 18 días, toda vez que la misma estuvo desde la fecha de presentación de la solicitud (15 de enero de 2024) hasta la celebración de la audiencia (2 de febrero de 2024).

FRENTE AL HECHO NÚMERO 35: Es cierto, el día 2 de febrero de 2024 el Centro de Conciliación Justicia Alternativa emitió constancia de no acuerdo. Lo anterior en virtud de que, el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA PRESCRIPCIÓN

FRENTE AL HECHO NÚMERO 36: No es cierto, pues el seguro se formalizó el día 30 de noviembre de 2018 conforme a la certificación emitida por mi prohijada:

BBVA
Seguros

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El Señor **JOSE GABRIEL PAEZ (Q.E.P.D)**, quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. **17.023.894**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9615354063** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 220 0000011242**, certificado No. **0013-0158-61-4007798259** con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	*VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$30,000,000.00

La última prima cobrada fue por \$22.500 correspondiente al periodo del 10/08/2022 al 09/09/2022.

La póliza fue formalizada con fecha **30/11/2018** y revocada el día 09/09/2022. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los seis (06) días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

BBVA

Es de precisar al despacho que el demandante confunde la fecha en la que se suscribió el formulario de asegurabilidad con la fecha de formalización del seguro, el cual solo ocurrió hasta el 30 de noviembre de 2018.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 37: No es cierto, pues es jurídicamente imposible que la prescripción se haya configurado en una fecha previa a la celebración del negocio jurídico, por lo que es claro que para el 20 de noviembre de 2018 no se configuró la prescripción. Por el contrario, a la parte demandante sí le aplica el fenómeno, toda vez que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 38: No es un hecho, pues no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Es una afirmación sin sustento fáctico o jurídico, lo anterior en virtud de que erróneamente indica que el término de prescripción ordinaria corresponde a dos años. Lo cierto es que, para este caso el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS:

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 1. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte demandante, concerniente a declarar la existencia del contrato de seguro, pues dicho negocio

aseguraticio debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar la existencia de beneficiarios supletivos, lo anterior debido a las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Falta de legitimación en la causa por activa: Es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que los Demandantes no se encuentran legitimados en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas

fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 3. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar la configuración del siniestro, lo anterior debido a las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 4. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar el incumplimiento de la obligación de BBVA Seguros de Vida Colombia SA, lo anterior debido a las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Falta de legitimación en la causa por activa: Es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que los Demandantes no se encuentran legitimados en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 5. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar el incumplimiento de la obligación de BBVA Seguros de Vida Colombia SA, lo anterior debido a las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con

posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 6. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar el incumplimiento de la obligación de BBVA Seguros de Vida Colombia SA, lo anterior debido a las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Falta de legitimación en la causa por activa: Es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que los Demandantes no se encuentran legitimados en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 7. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar intereses de mora, lo anterior debido a que es improcedente el cobro de intereses de mora, pues los mismo son “aquellos que se pagan para el resarcimiento tarifado o indemnización de los perjuicios que padece el acreedor por no tener consigo el dinero en la oportunidad debida. La mora genera que se hagan correr en contra del deudor los daños y perjuicios llamados moratorios que representan el perjuicio causado al acreedor por el retraso en la ejecución de la obligación”. No obstante, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. Es decir la vinculación del señor Páez (Q.E.P.D) debe declararse nula, debido a que negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual.

Por otra parte, debe indicarse que en el presente caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos

años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 8. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar la prescripción ordinaria y extraordinaria en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia SA, lo anterior debido a las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Falta de legitimación en la causa por activa: Es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que los Demandantes no se encuentran legitimados en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede

pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES CONDENATORIAS

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 9. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a condenar a BBVA Seguros al pago del saldo insoluto de la obligación financiera, lo anterior debido a las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 10. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a condenar a BBVA Seguros al pago de suma alguna de beneficiarios supletivos, lo anterior debido a las siguientes razones:

Falta de legitimación en la causa por activa: Es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato

de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que los Demandantes no se encuentran legitimados en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 11. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a condenar a BBVA Seguros al pago de las sumas por concepto de intereses moratorios, lo anterior debido a las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción

que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Falta de legitimación en la causa por activa: Es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que los Demandantes no se encuentran legitimados en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 12. ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión relacionada con la condena en costas y agencias en derecho, pues por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SUBSIDIARIA 1

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 13. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a condenar a BBVA Seguros al pago de las sumas por concepto de intereses moratorios, lo anterior debido a las siguientes razones:

Falta de legitimación en la causa por activa: Es claro que el tomador y beneficiario del contrato de

seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que los Demandantes no se encuentran legitimados en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

Nulidad relativa del contrato de seguro: el contrato de seguro debe ser declarado nulo, toda vez que para el día 18 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido y aun así negó haber padecido de Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía y conocía, las cuales conforme a su historia Clínica son padecidas desde al menos 2012.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo. Por lo anterior, es claro que se deben aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SUBSIDIARIA 2

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 14. ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión relacionada con la indexación de sumas, pues por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor. Aunado a lo anterior, es importante que el Despacho tenga en consideración que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido,

se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que los Demandantes no se encuentran legitimados en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto el juramento estimatorio presentado por el Demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. Lo anterior en virtud de que en el presente caso es improcedente afectar la póliza en virtud de las siguientes consideraciones:

Nulidad relativa del contrato de seguro: el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión arterial, Diabetes e insuficiencia renal que padecía el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

En conclusión, no es procedente el reconocimiento suma afectando la Póliza Vida Grupo Deudores, pues el señor Páez (Q.E.P.D) fue reticente al no haber declarado con sinceridad su estado de salud el día 20 de noviembre de 2018.

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: el Despacho deberá declarar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, por lo que se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código

de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prescripción en mención

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

I. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

El Despacho debe tener en consideración que en este caso operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior por cuanto el término bienal inició su conteo el día 15 de febrero de 2022, fecha en la que tuvo lugar el hecho que da base a esta demanda, esto es, desde el fallecimiento del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) y hecho del que ella conoció en ese mismo momento, por lo que los hoy demandantes tenían dos años para presentar esta demanda, es decir aquel término se configuró el día 15 de febrero de 2022. Luego, como los accionantes interpusieron la demanda solo hasta el día 04 de abril de 2024, se concluye que la presentó cuando ya el termino de prescripción había fenecido. Incluso, contando el término prescriptivo desde la fecha en la que se presentó la primera solicitud de indemnización en marzo de 2022, las acciones que se derivan del contrato de seguro se encuentran totalmente prescritas, en tanto no se promovió esta demanda en el lapso de dos años contados a partir de esa fecha.

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)

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro⁴:

En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «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» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007⁵.

...comportan ‘una misma idea’⁶, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad⁷, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho,

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

⁵ Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

⁶ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

⁷ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.

De conformidad con lo anterior no queda duda que el termino prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto indudablemente el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) y en esa misma calenda los hoy demandantes tuvieron conocimiento de aquella situación tal como lo confiesa en el hecho 20 de la demanda. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezó a contar el termino de prescripción, desde el 15 de febrero de 2022 y que aquel corresponde al fenómeno ordinario, es decir de dos años. Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.

(...)

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”

Por lo visto, se puede afirmar de manera pacífica que en este caso a los demandantes les es aplicable el término de prescripción ordinario, por ser la misma asegurada y además completamente capaz quien persigue la prestación que de aquel negocio se pudiere derivar. Pero además el término bienal de prescripción empezó su conteo desde el 15 de febrero de 2022 cuando falleció el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) y además del cual conoció en la misma calenda. Por lo tanto, contaba con dos años para formular su demanda y como no lo hizo sino hasta el 4 de abril

de 2024 debe decirse que no interrumpió la prescripción porque aquella ya había fenecido.

Continuando con lo aquí mencionado, es menester incluso analizar un escenario en el que pudiera considerarse una posible interrupción de la prescripción por la solicitud de indemnización que realizaron los demandante, frente a lo cual se anticipa que incluso en ese escenario la prescripción se consolidó con creces. En este sentido, debe considerarse lo preceptuado en el artículo 94 del Código General de Proceso, pues señala que, en todas las clases de prescripciones, el requerimiento privado efectuado por el acreedor al deudor interrumpe el término que se encuentra en curso, siempre y cuando este sea escrito y únicamente por la primera vez que se presente dicha solicitud, a saber:

“La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.

La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.

La notificación del auto que declara abierto el proceso de sucesión a los asignatarios, también constituye requerimiento judicial para constituir en mora de declarar si aceptan o repudian la asignación que se les hubiere deferido.

Si fueren varios los demandados y existiere entre ellos litisconsorcio facultativo, los efectos de la notificación a los que se refiere este artículo se surtirán para cada uno separadamente, salvo norma sustancial o procesal en contrario. Si el litisconsorcio fuere necesario será indispensable la notificación a todos ellos para que se surtan dichos efectos.

El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez. (Subrayado y negrilla fuera del texto)

En este orden de ideas, para demostrarle al Honorable Despacho que incluso si en gracia de discusión se aceptara que la solicitud de indemnización que realizaron los demandantes surten los efectos de interrupción de prescripción conforme a lo previsto en el artículo 94 del CGP, aun así, la

prescripción operó. Para el efecto será necesario tener en cuenta cuál es la fecha de ocurrencia del hecho que da base a la acción y que fue conocido por los hoy demandantes, cual fue la fecha de la solicitud de indemnización y tercero cual fue la fecha de presentación de la demanda.

En el caso concreto, el hecho que da base a la acción y que fue plenamente conocido por los demandantes ocurrió el 15 de febrero de 2022, fecha del fallecimiento del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), veamos:

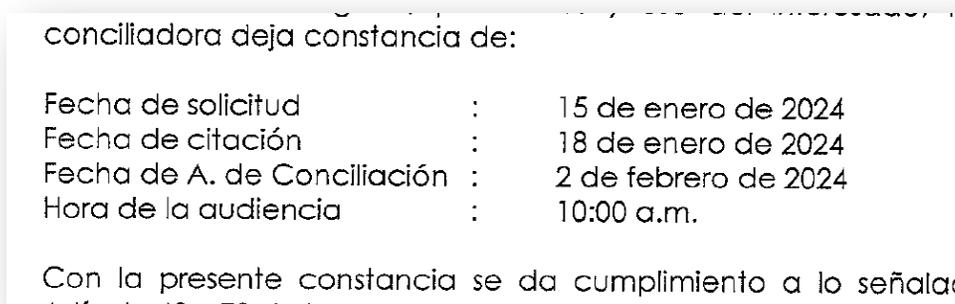
ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		Indicativo Serial	10924097
REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN			
Datos de la oficina de registro			
Clase de oficina:	Registraduría	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Consulado
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía			
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 12 CALI * * * * *			
Datos del inscrito			
Apellidos y nombres completos			
PARRA DE PAEZ FLOR ANGELA * * * * *			
Documento de identificación (Clase y número)		Sexo (en Letras)	
CC No. 41372571 * * * * *		* FEMENINO * * * * *	
Datos de la defunción			
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía			
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI * * * * *			
Fecha de la defunción		Hora	Número de certificado de defunción
Año	2 0 2 3	03:30	23039520215811 * * * *
Mes		Día	
M A R		2 8	
Presunción de muerte			
Juzgado que profiere la sentencia		Fecha de la sentencia	
* * * * *		Año Mes Día	
Documento presentado		Nombre y cargo del funcionario	
Autorización judicial <input type="checkbox"/>	Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/>	ANDREA LASSO BENITEZ - MEDICO * * *	

Ahora bien, debe precisarse que en el mes de marzo los demandantes presentaron una solicitud de indemnización a mi mandante, lo anterior conforme a lo indicado en el hecho número 23 y debido a que el día 25 de marzo de 2022 mi representada respondió dicha petición, objetando la misma en razón a que, el asegurado había sido reticente por cuanto no informó los antecedentes patológicos que padecía previo a la celebración del contrato de seguro, tal como se muestra a continuación:



Lo anterior implica que la solicitud de indemnización realizada en marzo de 2022 fue el primer requerimiento y único acto que podría interrumpir la prescripción conforme al artículo 94 del CGP, pues las múltiples solicitudes no tienen dicha virtualidad sino única y exclusivamente la primera.

Por otra parte, debe tenerse en consideración que el término también fue suspendido en virtud de la solicitud de conciliación que fue presentada por la parte demandante, la cual tuvo una duración de 18 días, pues desde la fecha de solicitud (15 de enero de 2024) hasta la audiencia (2 de febrero de 2024)



Así las cosas, es innegable que los demandantes tan solo contaban hasta el mes de marzo de 2024 para presentar su demanda, situación que no ocurrió sino hasta el día 4 de abril de 2024, conforme a las actuaciones registradas, es decir cuando ya había transcurrido más de dos años conforme al término de prescripción ordinaria:

Fecha de Actuación	Actuación	Anotación	Fecha inicia Término	Fecha finaliza Término	Fecha de Registro
2024-08-14	Fijacion estado	Actuación registrada el 14/08/2024 a las 12:10:57.	2024-08-15	2024-08-15	2024-08-14
2024-08-14	Auto admite demanda				2024-08-14
2024-04-09	Al Despacho Por Reparto				2024-04-09
2024-04-04	Radicación de Proceso	Actuación de Radicación de Proceso realizada el 04/04/2024 a las 11:57:10	2024-04-04	2024-04-04	2024-04-04

Teniendo en cuenta lo previamente expuesto, se puede resumir lo aquí relatado de la siguiente manera:

- El día 15 de febrero de 2022 tuvo lugar el hecho que da base a la acción, es decir el fallecimiento del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), y en esa misma calenda aquella conoció de dicha situación conforme lo confesó en el hecho 19 de su demanda.
- Con este primer hito temporal, preliminarmente se indica que el termino de dos años para presentar la demanda fenecería el 15 de febrero de 2024.
- La demanda se presentó el 4 de abril de 2024, es decir cuando ya había transcurrido más de dos años desde el hecho que da base a la acción y plenamente conocido por los hoy demandantes.
- En un segundo escenario, se encuentra que los demandantes realizaron la primera solicitud de indemnización a mi mandante en el mes de marzo de 2022, ello porque los demandantes lo indicaron en su demanda y debido a que mi mandante objetó su solicitud el 25 de marzo de 2022.
- Si se considera que la solicitud de indemnización del mes de marzo de 2022 interrumpió el término prescriptivo, se encuentra que el termino de dos años para ejercer la acción se extendía hasta el mes de marzo de 2022. sin embargo, en virtud de la suspensión de términos por la solicitud de conciliación que tuvo una duración de 18 días, es necesario aclarar que el término prescriptivo se extendía hasta el día 19 de marzo de 2024.
- La demanda fue radicada hasta el 4 de abril de 2024, es decir cuando había transcurrido 2 años desde la primera solicitud de indemnización (contando la suspensión por conciliación extrajudicial).

Por lo antes mencionado, no cabe duda de que desde cualquier arista en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro porque la parte demandante no interpuso su demanda dentro de los dos años siguientes sea desde la fecha en que falleció el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) o desde la primera solicitud de indemnización realizada en marzo de 2022.

En conclusión, teniendo en cuenta que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 15 de febrero de 2022 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir en el mes de marzo de 2022, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, los accionantes tenían únicamente el termino de dos años siguientes al 15 de febrero de 2022 o al mes de marzo de 2022 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 4 de abril de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

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

2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE LOS SEÑORES GABRIEL EDUARDO PÁEZ PARRA, MARÍA DEL PILAR PÁEZ PARRA Y MARCELA DE LA CRUZ PÁEZ PARRA.

Se formula la presente excepción como quiera que la parte actora no se encuentra legitimada en causa por activa para incoar esta acción. Ello por cuanto solicita la efectividad de la póliza de seguro sin ser ésta la beneficiaria de la misma. En ese sentido, al no estar legitimada en la causa por activa, la demanda aquí incoada no tiene vocación de prosperidad, pues ésta no está siendo promovida por el beneficiario de dichas pólizas, es decir, BBVA Colombia S.A.

Para empezar, vale la pena mencionar que la legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

(...) la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para

dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”⁸. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva, y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. **Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones**, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”⁹ (subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

“(…) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)”¹⁰.

Es más, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la sentencia expuso:

“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. **En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso.** Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, sentencia del veinticinco (25) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571-01(1275-08).

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia de Giraldo noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

¹⁰ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P Maria Elena Giraldo, Rad: 10973

simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹¹

Con todo, se puede concluir que, si no existe una relación de la parte demandante con los hechos de la demanda, no habrá legitimación en la causa y el juzgador no podrá proferir una sentencia que acceda a las pretensiones. Ahora bien, para demostrar la falta absoluta de legitimación en la causa por activa en el caso concreto, es indispensable que se tenga en cuenta que en el contrato de seguro figura como tomador y beneficiario del mismo el Banco BBVA, tal y como se evidencia en la caratula de la póliza.

Lo anterior quiere decir que, dado que la parte Demandante no es beneficiaria de la póliza de seguro, no se encuentra legitimada en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, la única persona que se encuentra legitimada para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado, es aquella que ostente la calidad de beneficiario del mismo, lo que en el presente caso traduce que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad Bancaria. La Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, específicamente en casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, en donde ha establecido que:

“A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado.

Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S. A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el **“único legitimado para efectuar la reclamación.”**

(...)

En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que **en ningún error de hecho**, con las características de manifiesto y trascendente, **pudo incurrir el Tribunal**, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias

¹¹ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan

Desde luego que nadie desconoce, como así se reconoce en el contexto de la acusación y se afirma desde la propia demanda, que en el contrato de seguros de que se trata, **la calidad de beneficiario la tenía el titular del crédito**. Distinto es que la condición de beneficiarios del seguro, los demandantes la hicieran derivar del hecho de que el banco acreedor no hubiere insistido ante la aseguradora en la reclamación y en su lugar haya acudido a demandar judicialmente el pago del saldo de la obligación contra uno de los codeudores solidarios.

Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda” que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.

Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el **“único” legitimado para reclamar la indemnización**, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios. Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho **que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda “contra los otros codeudores solidarios si los hay”**

(...)

En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que el **Tribunal no pudo violar directamente**, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas”.¹² (Subrayado fuera del texto original).

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01)

Como se pudo constatar previamente, para la Corte Suprema de Justicia, especialmente en materia específica de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida. Teniendo en cuenta todo lo anterior, es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que la parte actora no se encuentra legitimada en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro, en consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

En conclusión, ruego al Honorable Despacho tener por probada esta excepción debido a que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al Banco BBVA y no a la Demandante.

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

3. NULIDAD DE ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO

Es fundamental que desde ahora el honorable despacho tome en consideración que el Asegurado José Gabriel Páez fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, específicamente Hipertensión Esencial (Primaria), diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, lo cual se registra en la historia clínica del año 2013 y que de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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”¹³. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando 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, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

¹³ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

“En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.” (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 en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”¹⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”¹⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

¹⁵ 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.

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.

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.”¹⁶(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

¹⁶ 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.

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

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 20 de noviembre de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual la pregunta consignada fue redactada de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a

la claridad de las preguntas, el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo:

Edad	Sexo	Flujo	Cuántos cigarrillos diarios?	Si	No
60	M	75			
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?					
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?					
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?					
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?					
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?					
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS					
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO					
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO					
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA					
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS					
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN					
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS					
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO					
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO					
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS					
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE					
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?					
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO					
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?					
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:					

Es decir, a pesar de que el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) no respondió a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad con sincerada. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones 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 entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

- **DIABETES MELLITUS**

Tal y como se aprecia en el fragmento que se presenta, el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) padecía de diabetes, el cual se encontraba presente hacía más de 12 años previo a la suscripción del seguro, lo anterior debido a que la Historia Clínica registra fecha del 11 de octubre de 22 y la declaración de asegurabilidad se suscribió el día 26 de septiembre de 2022, a saber:

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Patológicos	- DM no insulino requiriente,(Reg: 11 Oct 2012 11:50:)
Patológicos	- DM
	GLOMERULONEFRITIS POR IgA(Reg: 07 Dic 2007 19:28:)
Patológicos	- glomerulonefritis por IgA Dr. Edgar Sanclemente.

Documento: Historia Clínica de la Clínica de Imbanaco

Transcripción esencial: "Patológicos -DM no insulino requirente (Reg: 11 Oct 2012 11:50"

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que, con anterioridad al mes de noviembre de 2018, el señor Páez (Q.E.P.D) tenía antecedente de Diabetes. De modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento el 20 de noviembre de 2018 conociera de su padecimiento de salud.

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la diabetes con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

- **HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tal y como se aprecia en el fragmento que se presenta, el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) padecía de hipertensión arterial, el cual se encontraba presente previo a la suscripción del seguro, a saber:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)
PACIENTE DE 81 AÑOS, ANTECEDENTE DE HTA, DM TIPO2 NO IR, GLOMERULON
OCON SINTOMAS RESPIRATORIOS COM OODINOFAGIA, MALESTAR GENERAL, ALZA
21 DE ENERO REALIZNA PRUEBA DE COVID CON REPROTE POSITIVO.
EN LAS ULTIMAS 24 HORAS INICI CON DISNEA, TAQUIPNEA Y DESATURACION EN 50%
CUENETA CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACION, TRES DOSIS

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Patológicos	- DM no insulino requirente,(Reg: 11 Oct 2012 11:50:)
Patológicos	- DM GLOMERULONEFRITIS POR IgA(Reg: 07 Dic 2007 19:28:)
Patológicos	- glomerulonefritis por IgA Dr. Edgar Sanclemente. DM2NO IR, HTA(Reg: 04 Jul 2008 20:06:)
Patológicos	- HTA, DM TIPO 2 NIR, Nefropatía por Ig A dolor lumbar crónico Discopatía degenerativa L3-L4. Quiste facetario derecho a 14:22:)

Documento: Historia Clínica de la Clínica de Imbanaco

Transcripción esencial: "**Enfermedad Actual – (Amamnesis)**

PACIENTE DE 81 AÑOS, ANTECEDENTE DE HTA (...)

Patológicos: - HTA (...)"

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que, con anterioridad al mes de noviembre de 2018, el señor Páez (Q.E.P.D) tenía antecedente de hipertensión arterial. De modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento el 20 de noviembre de 2018 conociera de su padecimiento de salud.

Así las cosas, es evidente que, en el momento de solicitar su aseguramiento ya padecía de hipertensión. Lo anterior debido a que se encontraba ingiriendo Diltiazem¹⁷ y Losartan¹⁸ para controlar esta enfermedad:

	ievy(Reg: 22 Ene 2022 14:37:)
Traumatológicos	- base nasal hace 30 años(Reg: 11 Oct 2012 11:50:)
Traumatológicos	- NO(Reg: 22 Ene 2022 14:37:)
Farmacológicos	- metformina, ac fólico, diltiazem, losartán, Omeprazol, atorvastatina, hierro, meticort 25mg Jul 2008 20:06:)
Farmacológicos	- 1. DILTIAZEM 120 MG ½ TABLETA VO CADA DIA 11 AM 2. LOSARTAN 50 MG 1 TABLETAS VO CADA DIA 5 PM 3. PREDNISOLONA 5 MG VO INTERDIARIA 8 AM

InfFicrisis V3

EDNA ALEJANDRA CALZADA TORO.14896

13 mar. 2024 7:42

Documento: Historia Clínica de la Clínica de Imbanaco

Transcripción esencial:

"Farmacológicos: -1. DILTIAZEM 120MG ½ TABLETA VO CADA DIA 11 AM
2. LOSARTAN 50 MG 1 TABLETAS VO CADA DIA 5PM"

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la hipertensión arterial con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Tal y como se aprecia en el fragmento que se presenta, el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) padecía de insuficiencia renal, el cual se encontraba presente previo a la suscripción del seguro, a saber:

¹⁷ Mediline Plus – Diltiazem (2024) Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a684027-es.html#:~:text=El%20diltiazem%20se%20usa%20para,que%20bombar%20con%20tanta%20fuerza>

¹⁸ Mdeiline Plus – Losartan (2018) Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a695008-es.html>

Triage. 2		
Firmado electrónicamente por ANDRES KORGI HENAO -- MEDICINA GENERAL Tarjeta Profesional: - Identificación CC 1151939311		
Diagnósticos de Ingreso	Localización	Tipo DX
-- (U071) COVID-19 (Virus Identificado)		Impresion Diagnóstica
Firmado electrónicamente por ANDRES KORGI HENAO -- MEDICINA GENERAL Tarjeta Profesional: - Identificación CC 1151939311		
-- (R579) CHOQUE , NO ESPECIFICADO septico		Impresion Diagnóstica
-- (N19X) INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA		Impresion Diagnóstica
-- (A418) OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS Respiratorio		Impresion Diagnóstica
Firmado electrónicamente por NELSON DARIO RODRIGUEZ FLOREZ -- MEDICINA DE URGENCIAS Tarjeta Profesional: 768183/12 Identificación CC 1088254301		
-- (J960) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		Impresion Diagnóstica
-- (J189) NEUMONIA, NO ESPECIFICADA		Impresion Diagnóstica
<small>InfEpicrisis V3</small>	<small>EDNA ALEJANDRA CALZADA TORO.14896</small>	<small>13 mar. 2024 7:42</small>
		<small>Página 4 de 57</small>

Documento: Historia Clínica de la Clínica de Imbanaco

Transcripción esencial: **“Diagnósticos de Ingreso**

-- (N19X) INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA”

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de Diabetes con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de noviembre de 2018, ya padecía de Hipertensión Esencial (Primaria), diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica además se encontraba medicado para tratar las enfermedades, situación que comporta que dichas patologías no eran de difícil recordación para el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) y que debió haberla declarado de manera previa a la formalización del seguro. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de Hipertensión Esencial (Primaria), diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar el misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** El señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) ya contaba con una serie de diagnósticos de Hipertensión Esencial (Primaria), diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica con anterioridad al mes de noviembre de 2018, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran

ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

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

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

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

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

	SI	NO
¿HA SIIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRURGICA?		X
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		X
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALOHOLICO POR DORGADICCIÓN?		X
¿HA SUFRISO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		X
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		X
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		X
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES SISTEMA ENDOCRINO		X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		X
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACION DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS		X
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DE CORAZÓN		X
ENFERMEDADES RENALES-CALCULOS-PROSTATA-TESTÍCULOS		X

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	X
ULCERA DEL ESTOMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS	X
CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE	X
SI ES MUJES ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRÍZ, OVARIOS?	-
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXÁMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO	X
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD CON CONTEMPLADO ANTERIORMENTE	X

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el asegurado había sido diagnosticada con Hipertensión Esencial (Primaria), diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por dichas enfermedades:

En síntesis, el señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son totalmente relevantes para el asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocida de la Hipertensión Esencial (Primaria), diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad del contrato

de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) debe declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual específicamente el padecimiento de Hipertensión Esencial (Primaria), diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica que habían sido diagnosticadas por lo menos desde el año 2013. Más aun, cuando sus patologías le fueron preguntadas expresamente y faltando a la verdad las negó en la declaración de asegurabilidad que suscribió en el mes de noviembre de 2018, viciando así el consentimiento de mi procurada quien creía estar asegurando a una persona en óptimas condiciones cuando no era así y que de haber conocido el verdadero estado de salud del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) la aseguradora se hubiere retraído de suscribir el seguro o incluso habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. Por lo visto, está más que claro que estas consideraciones deben conllevar a la declaratoria de nulidad del contrato de seguro.

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

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

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

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

del Código de Comercio indica lo siguiente:

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

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

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

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico¹⁹.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales²⁰. De suerte que si se desdibuja

¹⁹ 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.”

²⁰ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

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 conocer²¹.” (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)²²

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez²³, 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».

²¹ 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.

²² Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerro Pérez.

²³ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

(...)

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

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, si 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...”²⁴ (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

²⁴ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.²⁵ (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

²⁵ 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.

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

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

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 este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de 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 del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

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

“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE 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 José Gabriel Páez (Q.E.P.D) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

7. IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE INTERESES DE MORA

Es menester señalar que, respecto a los intereses moratorios, la Corte Constitucional los ha definido como “aquellos que se pagan para el resarcimiento tarifado o indemnización de los perjuicios que padece el acreedor por no tener consigo el dinero en la oportunidad debida. La mora genera que se hagan correr en contra del deudor los daños y perjuicios llamados moratorios que representan el perjuicio causado al acreedor por el retraso en la ejecución de la obligación”.

Ahora bien, el reconocimiento del pago de intereses tanto en materia civil, comercial y administrativa tienen origen legal, y en todos los casos tiene carácter indemnizatorio, ante el retardo de recibir su pago. El Código Civil consagra los intereses moratorios como una indemnización derivada del retardo, la cual podrá ser convencional si es tasada por las partes o en su defecto legal caso en el cual será equivalente al 6% anual.

En conclusión, es improcedente el cobro de intereses de mora. Por cuanto en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. Es decir la vinculación del señor Páez (Q.E.P.D) debe declararse nula, debido a que negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual.

8. GENÉRICA O INNIMINADA Y OTRAS

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de

seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co.) y cualquier otra causal que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y se la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

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

II. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

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

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

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

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

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

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA.

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza

de asegurada en la póliza. 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.²⁶ (...)

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de 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.²⁷ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora

²⁶ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

²⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación financiera número 9615354063. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

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

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

CAPITULO II

III. PRUEBAS

1. DOCUMENTALES

- a. Declaración de asegurabilidad suscrita el 20 de noviembre de 2018 por el señor José Gabriel Páez
- b. Clausulado de la póliza vida grupo deudores que amparaba la obligación financiera número 9615354063
- c. Objeción emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA el día 15 de diciembre de 2022
- d. Objeción emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA el día 28 de febrero de 2023
- e. Derecho de petición con soporte de envío dirigido a CLINICA IMBANACO
- f. Derecho de petición con soporte de envío dirigido a CLINICA VALLE DEL LILI
- g. Derecho de petición con soporte de envío dirigido a EPS COOSALUD

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARÍA DEL PILAR PÁEZ PARRA** en su calidad de accionante, 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.
- b. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARCELA DE LA CRUZ PÁEZ PARRA** en su calidad de accionante, 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.

- c. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **GABRIEL EDUARDO PÁEZ PARRA** en su calidad de accionante, 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.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. TESTIMONIALES

- a. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Páez (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

- b. Solicito se sirva citar a la doctora 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 Páez (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las

excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico juliealexandra.triana@bbva.com y al teléfono 601-3471600

- c. Solicito se sirva citar a la doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTÍZ**, asesor externo de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camilaortiz27@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- a. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LOS ACCIONANTES** para que exhiba su Historia Clínica desde 2000 hasta 2019, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado

declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder de los demandantes ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que su familiar recibió.

- b. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLINICA IMBANACO**, a exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), historia desde el año 2000 hasta el 2018. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el asegurado conforme a la historia clínica adjunta.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Páez (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **CLINICA IMBANACO** puede ser notificada en la Carrera 38 Bis No. 5 B2 - 04, Piso 1, y a través del correo electrónico njudiciales@valledelcauca.gov.co

- c. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLINICA VALLE DEL LILI**, a exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), historia desde el año 2000 hasta el 2018. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el asegurado conforme a la historia clínica adjunta.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Páez (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **CLINICA VALLE DEL LILI** puede ser notificada en la Carrera 98 #18-49, Comuna 17, Cali, Valle del Cauca, y a través del correo electrónico centraldecitas@fvl.org.co

- d. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **EPS COOSALUD**, a exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D), historia desde el año 2000 hasta el 2018. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la asegurado conforme al registro de la página del RUAF.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Páez (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **EPS COOSALUD** puede ser notificada en la Avenida Villavicencio transversal 63, Centro Comercial Gran Plaza El Ensueño, local 241 de Bogotá, y a través del correo electrónico notificacioncoosaludeps@coosalud.com

6. OFICIOS

- a. Comedidamente ruego se oficie a **CLINICA IMBANACO** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Páez (Q.E.P.D) desde el año 2000 hasta el 2018. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de obtener estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor José Gabriel Páez 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 **CLINICA IMBANACO** puede ser notificada en la Carrera 38 Bis No. 5 B2 - 04, Piso 1, y a través del correo electrónico njudiciales@valledelcauca.gov.co

- b. Comedidamente ruego se oficie a **CLINICA VALLE DEL LILI** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Páez (Q.E.P.D) desde el año 2000 hasta el 2018. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de obtener estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor José Gabriel Páez 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 **CLINICA VALLE DEL LILI** puede ser notificada en la Carrera Cra. 98 #18-49, Comuna 17, Cali, Valle del Cauca, y a través del correo electrónico centraldecitas@fvl.org.co

- c. Comedidamente ruego se oficie a **EPS COOSALUD** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Páez (Q.E.P.D) desde el año 2000 hasta el 2018. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de obtener estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor José Gabriel Páez 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 **EPS COOSALUD** puede ser notificada en la Avenida Villavicencio transversal 63, Centro Comercial Gran Plaza El Ensueño, local 241 de Bogotá, y a través del correo electrónico notificacioncoosaludeps@coosalud.com

7. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA las patologías del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

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

iniciar una vez las entidades aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de 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.

CAPÍTULO III

IV. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito
3. Certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

CAPITULO IV

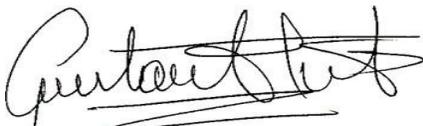
V. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar en la demanda.

Mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72-21, Piso 8, Bogotá D.C., correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

Al suscrito en la Carrera 11ª No. 94ª-23 Oficina 201 o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez. Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.



M026300110236205359615354063

BBVA Seguros

NIT. 800.228.088-4

BBVA

NIT. 880.003.020 - 1

Solicitud/ Certificado Individual
Seguro de Vida Grupo Deudores Póliza No. 0110043

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

Fecha contabilización del crédito		Oficina		Ciudad	
Tomador / beneficiario			NIT		
Vigencia desde			Vigencia hasta		
DATOS DEL ASEGURADO					
Nombres y Apellidos		Identificación		Edad	
Dirección		Teléfono		Ciudad	
Fecha de nacimiento		Sexo		Ocupación/profesión	
DATOS DEL SEGURO					
Tasa	Extra Prima	Anexo Itp	Valor Asegurado		
Prima Mensual	\$	Periodicidad	Vr. Prima Total		

BENEFICIARIOS		
Nombre e identificación	Parentesco	Participación

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Estatura	160	Peso	75	Fuma	X	Cuántos cigarrillos diarios	
¿Deportes de riesgo?							
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?							
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?							
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTICOLÉRICO O POR DROGADICCIÓN?							
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?							
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?							
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS							
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DÓLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO							
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO							
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA							
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS							
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN							
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS							
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO							
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO							
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS							
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE							
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?							
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO							
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?							

NO FIRME ESTA SOLICITUD SIN LEER ESTE TEXTO

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

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 105B del código de comercio.

Artículo 106B del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se explidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato." Persona Jurídica Gran Contribuyente según Res. 7714 16/12/1996 Retenedores de ICA e IVA. No practicar retención en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1256 de 2008 y 1581 de 2012.

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

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO ONEROSO (ENDOSOS): Se designa como beneficiario principal del valor de la indemnización del presente seguro de vida como de los demás amparos contratados a: BBVA COLOMBIA S.A., con el único y exclusivo fin de garantizar el pago de una deuda a su cargo. En consecuencia, y de conformidad con el artículo 1146 del Código de Comercio, mientras subsista la deuda anterior con este beneficiario, la póliza no podrá ser revocada o modificados sus beneficiarios o su valor asegurado, sin previo aviso por escrito al beneficiario principal y autorización del mismo. Si se llega a causar el derecho de indemnización pactada en el presente seguro, cuando la deuda a cargo del asegurado y a favor del beneficiario anteriormente designado se hubiera extinguido o disminuido por cualquier causa, será beneficiario sustituto por el saldo del seguro, LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY. La presente póliza permite ser cedida o endosada en caso de titularización de cartera.

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros y/o Tarjeta de Crédito No. _____ o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo con la periodicidad de pago elegida.

[Firma manuscrita]
FIRMA DEL SOLICITANTE

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

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ÉSTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de CALI el 10 de 11 de 2018

[Firma manuscrita]
FIRMA DEL SOLICITANTE

[Firma manuscrita]
FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 800.228.088-4

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BANCASEGUROS

AMPARO BÁSICO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, “LA COMPAÑÍA” concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, “LA COMPAÑÍA” tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y “LA COMPAÑÍA” quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Si el Tomador avisa por escrito a “LA COMPAÑÍA” para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por “LA COMPAÑÍA” o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a “LA COMPAÑÍA” todas las primas adeudadas en esa fecha.

“LA COMPAÑÍA” devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

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

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de “LA COMPAÑÍA”, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por “LA COMPAÑÍA”.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

“LA COMPAÑÍA” o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a “LA COMPAÑÍA”.

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos

legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a “LA COMPAÑÍA” dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado, tomador o beneficiario podrá reportar en línea el siniestro mediante:

Correo electrónico: siniestros.co@bbva.com
Línea nacional: 018000934020
Línea en Bogotá: 3078080

Si el siniestro se reporta por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad, el asunto del correo se debe identificar como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo se debe hacer una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que asiste, el asegurado, tomador o beneficiario deberá brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Hipotecario:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

ITT: Copia de cada una de las incapacidades temporales superiores a 15 días

Leasing Habitacional:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES

“LA COMPAÑÍA” pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante “LA COMPAÑÍA”. Vencido este plazo, “LA COMPAÑÍA” reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a “LA COMPAÑÍA” las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que “LA COMPAÑÍA” esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de “LA COMPAÑÍA”, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, “LA COMPAÑÍA” podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

“LA COMPAÑÍA” pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN

“LA COMPAÑÍA” se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA– ADHESIÓN

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA- NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA- PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de las parte de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA- DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA- OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA- DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

2. CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

Por convenio entre “LA COMPAÑÍA” y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.
En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual “LA COMPAÑÍA” informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.

Bogotá D.C., 15 de diciembre de 2022

Señora
ZAHIRA GISELLE GARCIA MUÑOZ
zgarcia@btlegalgroup.com

REF:	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	PÓLIZA	VGDB 0110043
	ASEGURADO	JOSE GABRIEL PAEZ QEPD
	CÉDULA	17023894
	RECLAMO	VGDB-25369
	OBLIGACIÓN	00130158009615354063

Respetada señora,

En atención a su comunicación, con la cual solicita reconsideración a la objeción del pago del seguro citado en referencia, con ocasión al fallecimiento el 15 de febrero de 2022 del señor José Gabriel Páez QEPD, damos respuesta.

La historia clínica de la Fundación Valle de Lili, con fecha 6 de junio de 2013 evidencia que el señor José Gabriel Páez QEPD, presenta antecedentes de Hipertensión Esencial (Primaria), diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica.

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

Es de señalar que en ningún momento esta compañía ha tomado su decisión bajo o una presunta mala fe de parte del asegurado, simplemente se acoge a lo previsto en el Artículo 1058 del Código de Comercio, hecho que es claro y en medida independiente de juicios sobre buena o mala fe. Para el caso, se presentó inexactitud sobre los hechos o circunstancias del estado real de salud, para mayor ilustración se cita el parágrafo correspondiente al artículo:

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro



Con base a lo expuesto, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. dentro del término legal mantiene la objeción del 25 de marzo de 2022 reservándose el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Con base a lo expuesto se da atención a su requerimiento.

Datos de contacto Defensor del Consumidor Financiero BBVA Seguros Colombia:

Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.

Mail: defensoria.bvacolombia@bbva.com.co

Teléfono: 601 343 8385 - **Fax:** 601 343 8387

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Firma Autorizada

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Bogotá D.C., 28 de febrero de 2023

Señora
ZAHIRA GISELLE GARCIA MUÑOZ
zgarcia@btlegalgroup.com

REF:	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	PÓLIZA	VGDB 0110043
	ASEGURADO	JOSE GABRIEL PAEZ QEPD
	CEDULA	17023894
	RECLAMO	VGDB-25369
	OBLIGACIÓN	00130158009615354063

Respetada señora,

En atención a su comunicación, con la cual solicita reconsideración a la objeción del pago del seguro citado en referencia, con ocasión al fallecimiento el 15 de febrero de 2022 del señor José Gabriel Páez QEPD, damos respuesta.

En la solicitud individual para el seguro de Vida Grupo Deudores, con la firma del documento, el asegurado se sujeta a lo siguiente: *“Declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio”*.

Así mismo se indica, *“En desarrollo al artículo 31 ley 23 de 1981, autorizó a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros, u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de algunos de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si este llegare a celebrarse”*.

La figura jurídica que obró en el presente caso es la reticencia y la inexactitud. Es por lo tanto, el artículo 1058 del Código de Comercio el fundamento jurídico que da base a esta exigencia, el cual reza: “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Con base a lo indicado, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite mantener la objeción del 22 de abril de 2021, reservándose el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.



Datos de contacto Defensor del Consumidor Financiero BBVA Seguros Colombia:
Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.
Mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
Teléfono: 601 343 8385 - Fax: 601 343 8387

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a series of loops and a horizontal line extending to the right.

Firma Autorizada
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Señores
CLINICA IMBANACO
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa solicito se remita copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 17023894 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018, con destino al proceso de radicación 110014003081-2024-00451-00 que cursa en el **JUZGADO OCHENTA Y UNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ TRANSFORMADO TRANSITORIAMENTE EN JUZGADO SESENTA Y TRES DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE**, con ocasión al proceso judicial instaurado por el señor Gabriel Eduardo Páez y otros.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días

siguientes.”

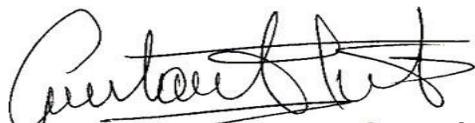
ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11ª No. 94ª-23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PETICION//RAD: 110014003081-2024-00451-00// DTE: GABRIEL EDUARDO PÁEZ// DDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA//BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 10/09/2024 13:26

Para:njudiciales@valledelcauca.gov.co <njudiciales@valledelcauca.gov.co>

CC:Brenda Patricia Díaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (911 KB)

DP Clínica Imbanaco.pdf; PODER.pdf;

Señores

CLINICA IMBANACO

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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

Señores
CLINICA VALLE DEL LILI
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa solicito se remita copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 17023894 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018, con destino al proceso de radicación 110014003081-2024-00451-00 que cursa en el **JUZGADO OCHENTA Y UNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ TRANSFORMADO TRANSITORIAMENTE EN JUZGADO SESENTA Y TRES DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE**, con ocasión al proceso judicial instaurado por el señor Gabriel Eduardo Páez y otros.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días

siguientes.”

ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11ª No. 94ª-23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PETICION//RAD: 110014003081-2024-00451-00// DTE: GABRIEL EDUARDO PÁEZ// DDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA//BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 10/09/2024 13:28

Para:centraldecitas@fvl.org.co <centraldecitas@fvl.org.co>

CC:Brenda Patricia Díaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (911 KB)

DP Clínica Valle.pdf; PODER.pdf;

Señores

CLINICA VALLE DEL LILI

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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

Señores
EPS COOSALUD
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa solicito se remita copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Gabriel Páez (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 17023894 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018, con destino al proceso de radicación 110014003081-2024-00451-00 que cursa en el **JUZGADO OCHENTA Y UNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ TRANSFORMADO TRANSITORIAMENTE EN JUZGADO SESENTA Y TRES DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE**, con ocasión al proceso judicial instaurado por el señor Gabriel Eduardo Páez y otros.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días

siguientes.”

ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11ª No. 94ª-23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PETICION//RAD: 110014003081-2024-00451-00// DTE: GABRIEL EDUARDO PÁEZ// DDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA//BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 10/09/2024 13:30

Para: notificacioncoosaludeps@coosalud.com <notificacioncoosaludeps@coosalud.com>

CC: Brenda Patricia Díaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (910 KB)

DP EPS.pdf; PODER.pdf;

Señores

EPS COOSALUD

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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

Señores

JUZGADO OCHENTA Y UNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ transformado transitoriamente en Juzgado Sesenta y Tres de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL SUMARIO
RADICADO: 110014003081-2024-00451-00
DEMANDANTE: GABRIEL EDUARDO PAEZ PARRA
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FELIPE GUZMÁN ALDANA, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 93.086.122, en mi calidad de Representante Legal como Primer Suplente del Presidente de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, comedidamente manifiesto que en esa calidad confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, abogado en ejercicio, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con la siguiente dirección de correo electrónico inscrita en el Registro Nacional de Abogados [notificaciones@gha.com.co.](mailto:notificaciones@gha.com.co), para que actuando en nombre de dicha sociedad la represente en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, del mandamiento de pago, los conteste, interponga recursos, descorra el traslado de los que interponga la parte actora o los demás convocados, proponga excepciones, solicite la práctica de las pruebas que se pretendan hacer valer dentro del proceso, y en general, para realice todas las actuaciones inherentes a su calidad.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse del presente proceso, así como de todas las providencias que se dicten en desarrollo del mismo, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, desistir, y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la Aseguradora.

Atentamente,


FELIPE GUZMAN ALDANA
Representante Legal.
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114

T.P. 39.116.

notificaciones@gha.com.co



Certificado Generado con el Pin No: 2142871401806322

Generado el 05 de septiembre de 2024 a las 10:27:14

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN
EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

NIT: 800240882-0

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 1317 del 31 de agosto de 1994 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPAÑÍA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. "GANAVIDA"

Escritura Pública No 00900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por GANADERA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales LA GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

Escritura Pública No 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de Riesgos Profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Escritura Pública No 319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

Escritura Pública No 02059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría null de SIN DESCRIPCION. La sociedad es de nacionalidad Colombiana y tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, y en ella tendrá la sede de su administración social, pudiendo crear sucursales o agencias en otros lugares del país o en el exterior, previa autorización de su Junta Directiva.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2386 del 04 de noviembre de 1994

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente y dos (2) suplentes quienes lo reemplazarán en las faltas absolutas, temporales y accidentales. El Presidente y sus suplentes serán elegidos por la Junta Directiva y podrán ser removidos en cualquier momento. El Presidente será el Representante Legal de la



Certificado Generado con el Pin No: 2142871401806322

Generado el 05 de septiembre de 2024 a las 10:27:14

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

Compañía y tendrá a su cargo la dirección, la gestión y la administración de los negocios sociales con sujeción a la Ley y a estos estatutos. Así mismo, tendrán la representación legal de la Entidad los Directores de la Compañía y el Secretario General, si así expresamente lo dispone la Junta Directiva. Adicionalmente, la Sociedad contará con representantes legales judiciales designados por la Junta Directiva, que representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado. **FUNCIONES DEL PRESIDENTE.** El Presidente de la Sociedad tendrá las siguientes funciones. 1. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. 2. Ejercer la representación legal de la Sociedad en todos los actos y negocios sociales. 3. Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. 4. Celebrar libremente los contratos y suscribir los títulos y documentos que se requieran para el desarrollo de la Sociedad de conformidad con lo previsto en la ley y en los Presentes Estatutos. 5. Velar por el adecuado manejo y utilización de los recursos y bienes de la Sociedad. 6. Nombrar y remover al personal necesario para desempeño de los cargos de acuerdo a las directrices impartidas por la Junta Directiva (sic). 7. Dirigir y coordinar el funcionamiento de la Compañía. 8. Mantener a la Junta Directiva permanentemente informada sobre la marcha de los negocios y suministrar los informes que le sean solicitados. 9. Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 10. Presentar a la Junta Directiva balances de prueba. 11. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de presupuesto anual de ingresos y egresos. 12. Presentar previamente a la Junta Directiva el Balance destinado a la Asamblea General, Junto con el Estado de Resultados y el proyecto de Distribuciones de Utilidades y demás anexos explicativos. 13. Rendir cuenta Justificada de su gestión al final de cada ejercicio Social. 14. Firmar los balances de la Sociedad y demás documentos contables con destino a la Superintendencia Financiera. 15. Delegar en sus subalternos las facultades que considere convenientes para el cumplimiento de los fines sociales, para los cual requerirá previo concepto favorable de la Junta Directiva. 16. La demás funciones que le correspondan como órgano directivo de la Sociedad por disposición legal, estatutaria (sic) o por designio de la Junta Directiva para el normal desarrollo social. (Escritura Pública 02059 del 10 de mayo de 2013 Notaria 32 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Marco Alejandro Arenas Prada Fecha de inicio del cargo: 24/08/2023	CC - 93236799	Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014	CC - 93086122	Primer Suplente del Presidente
María Elena Torres Colmenares Fecha de inicio del cargo: 11/01/2024	CC - 52011890	Segundo Suplente del Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013	CC - 93086122	Secretario General
José Daniel Sanabria Lozano Fecha de inicio del cargo: 16/02/2023	CC - 79368684	Representante Legal Suplente
Juan Sebastián Sastre Quiñonez Fecha de inicio del cargo: 31/07/2024	CC - 1070015017	Representante Legal Judicial
Maribel Sandoval Varon Fecha de inicio del cargo: 11/04/2024	CC - 52087519	Representante Legal Judicial
Carlos Mario Garavito Colmenares Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019	CC - 80090447	Representante Legal Judicial
Daniela Alejandra Lombana Burbano Fecha de inicio del cargo: 31/07/2024	CC - 1032460379	Representante Legal Judicial
María Carolina Vanegas Pineda Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 52416119	Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos



Certificado Generado con el Pin No: 2142871401806322

Generado el 05 de septiembre de 2024 a las 10:27:14

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Mariana Gil Escobar Fecha de inicio del cargo: 01/02/2024	CC - 52862952	Representante Legal en calidad de Director de Operaciones e Indemnizaciones

RAMOS: Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud

Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Resolución S.B. No 456 del 10 de marzo de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 44 del 20 de enero de 1997 pensiones de jubilación. Circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias.

Resolución S.F.C. No 0557 del 25 de abril de 2007 ramo de exequias

Resolución S.F.C. No 1422 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para operar el ramo de Seguro de Salud, confirmada la decisión con resolución 0661 del 07 de mayo de 2012

Resolución S.F.C. No 1986 del 04 de noviembre de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de vida Colombia S.A. para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.

Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.


NATALIA GUERRERO RAMÍREZ

NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

PODER BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

juansebastian.sastre@bbva.com <juansebastian.sastre@bbva.com>

en nombre de

JUDICIALES SEGUROS – COLOMBIA (BZG16062) <judicialesseguros@bbva.com>

Vie 06/09/2024 7:10

Para:cmpl81bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <cmpl81bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (634 KB)

PODER BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A 110014003081-2024-00451-00 GABRIEL EDUARDO PAEZ .pdf; certificado vida.pdf;

Señores

JUZGADO OCHENTA Y UNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ transformado transitoriamente en Juzgado Sesenta y Tres de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple

E. S. D.

REFERENCIA:	VERBAL SUMARIO
RADICADO:	110014003081-2024-00451-00
DEMANDANTE:	GABRIEL EDUARDO PAEZ PARRA
DEMANDADOS:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FELIPE GUZMÁN ALDANA, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 93.086.122, en mi calidad de Representante Legal como Primer Suplente del Presidente de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, comedidamente manifiesto que en esa calidad confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, abogado en ejercicio, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con la siguiente dirección de correo electrónico inscrita en el Registro Nacional de Abogados notificaciones@gha.com.co, para que actuando en nombre de dicha sociedad la represente en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, del mandamiento de pago, los conteste, interponga recursos, descorra el traslado de los que interponga la parte actora o los demás convocados, proponga excepciones, solicite la práctica de las pruebas que se pretendan hacer valer dentro del proceso, y en general, para realice todas las actuaciones inherentes a su calidad.