

Señores.

Delegatura para Funciones jurisdiccionales

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Demandante: ABEL OTALORA NIÑO

Demandado: Banco Popular S.A, Seguros de Vida Alfa S.A., BBVA Seguros de vida Colombia S.A y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA".

REFERENCIA: Acción de protección del consumidor financiero. Ley 1480 de 2011 y artículo 24 de la Ley 1564 de 2012

CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ, mayor de edad e identificado con la c.c. 1.049.610.091 de Tunja, vecino y domiciliado en la ciudad de Tunja, **ABOGADO** titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 205012 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado del señor **ABEL OTALORA NIÑO** identificado con cédula de ciudadanía No. 6.760.862 de la ciudad de Tunja, acudo ante este Despacho con el ánimo de ejercer la **ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO** contra Banco Popular S.A, Seguros de Vida Alfa S.A, BBVA Seguros de vida Colombia S.A y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", sociedades vigiladas por esa Superintendencia, con base en los siguientes:

I. HECHOS.

1. En el segundo semestre del año 2019 se tramito crédito – Libranza PRESTAYÁ con el **BANCO POPULAR S.A** identificado con NIT. 860007738-9, por parte del señor **ABEL OTALORA NIÑO**.
2. El valor del crédito tramitado fue por la suma de **CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS (\$110.000.000,00) M/CTE**.
3. Durante la etapa precontractual y previo al desembolso de los recursos del crédito, fue firmado por parte del señor **ABEL OTALORA NIÑO** el formulario de asegurabilidad que le entrego el asesor del banco. Lo anterior, fue realizado como requisito para acceder al crédito. Sobre esta aspecto, es necesario manifestar que el diligenciamiento fue realizado por el funcionario del **BANCO POPULAR S.A** y firmado por el señor **OTALORA NIÑO**. El funcionario del banco que diligencio el formulario no le informo, ni advirtió sobre los efectos jurídicos de la declaración en el formulario - reticencia, a mi cliente, ni que existía la posibilidad de no expedirse el seguro o hacerlo más oneroso por condiciones de salud previas, o la posibilidad de adquirir el seguro con otra aseguradora, tampoco le fueron solicitados su historia clínica o la realización de exámenes médicos para determinar su estado de salud para el momento de la firma del contrato.
4. El crédito fue tramitado con solicitud 25003240014411 ha conformidad por el **BANCO POPULAR S.A**, desembolsando el valor de **CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS (\$110.000.000,00) M/CTE**, bajo la obligación No 25003240011487.
5. Las cuotas de pago del crédito se pactaron de manera mensual.
6. Para el momento de la etapa precontractual y el desembolso del crédito, el estado de salud del señor **ABEL OTALORA NIÑO** era acorde al de su edad para la fecha.

No estaba adelantando ningún tratamiento médico que le imposibilitará desarrollar sus actividades personales y laborales, y si bien en su historia clínica se había determinado un padecimiento médico, desde el año 2001, este daño a su salud no era grave, ni afectaba en ese momento su calidad de vida, o era de tal entidad, que fuera una causa para que la aseguradora no firmará el contrato.

7. El día 18 de noviembre del año 2020, el señor **ABEL OTALORA NIÑO** y el **BANCO POPULAR S.A.**, acordaron realizar una refinanciación del crédito bajo la obligación No 25003240011487, que para la fecha ascendía a un valor de **CIENTO DIECINUEVE MILLONES SEINCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (119.650.000,00) M/CTE.**
8. En el último mes del año 2020, el estado de salud del señor **ABEL OTALORA NIÑO** tuvo una afectación repentina y grave, que después de exámenes especializados, se pudo determinar que se trataba una enfermedad silenciosa y progresiva, que origino que no pudiera seguir atendiendo sus actividades económicas y personales de manera regular, como lo venía haciendo hasta ese momento, y que dedicará todo su tiempo y recursos económicos a la atención de su estado de salud. Esta situación se ha mantenido hasta la fecha.
9. Por ofrecimiento realizado por el BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", identificado con Nit. 860.003.020-1, el señor **OTALORA NIÑO**, realizo operación de venta de cartera del crédito del **BANCO POPULAR S.A** - obligación No 25003240011487, al BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", operación que se materializo en el mes de mayo del año 2021, quedando identificado en esta última entidad financiera bajo el crédito No 00130158009622414381. Sobre esta operación financiera, es preciso mencionar que al señor **OTALORA NIÑO**, firmo el formulario de asegurabilidad que el funcionario del banco diligencio, sin embargo, el dejo en el formulario la misma información que había manifestado en el crédito inicial, pues considero según su entendimiento, esta debía ser la manera correcta de hacerlo; lo anterior, se originó por que no le fue informado, ni advertido sobre los efectos jurídicos de la declaración en el formulario - reticencia, a mi cliente, ni que existía la posibilidad de no expedirse el seguro o hacerlo más oneroso por condiciones de salud previas, o la posibilidad de adquirir el seguro con otra aseguradora, tampoco le fueron solicitados su historia clínica o la realización de exámenes médicos para determinar su estado de salud para el momento de la firma del contrato.
10. La situación económica del señor **OTALORA NIÑO** producto de su enfermedad fue de mal en peor de manera progresiva, desde finales del año 2020, situación que dio mérito a que acudiera a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá, con la finalidad de demostrar su situación de invalidez, a efectos de poder hacer efectiva la póliza de seguro que cubría este riesgo.
11. La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá, con fecha 07 de junio del año 2023, emitió dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional, dictaminó una pérdida de capacidad laboral y ocupacional del 74,15%, con fecha de estructuración de la misma el día 14 de diciembre de 2020.
12. Mediante comunicación dirigida BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", radicada por medios virtuales, con referencia de identificación VGDB-29312, se realizó petición para solicitar la indemnización del amparo de invalidez del crédito No 00130158009622414381.
13. Se recibe respuesta a la solicitud enunciada en el numeral 12 de este escrito, de fecha 16 de junio del año 2023, por parte de BBVA Seguros de vida Colombia S.A, donde se indica que se objeta integra y formalmente la reclamación, esgrimiendo entre otros, los siguientes argumentos:

"En atención a la documentación recibida en días anteriores en donde solicita hacer efectivo el amparo de Incapacidad Total y Permanente, según dictamen de invalidez emitido el 07 de junio de 2023 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá, nos permitimos manifestar las siguientes consideraciones:

“De acuerdo con la historia clínica descrita en el dictamen, encontramos que el señor Abel Otálora, tenía antecedentes de enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal (enfermedad renal crónica GV secundaria a nefropatía hipertensiva y nefropatía IGA (biopsia renal 2001), hipertensión arterial diagnosticada en el año 2000, dependencia de diálisis desde el 14 de diciembre de 2020. Las anteriores circunstancias son hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

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

14. El día 16 de mayo del año 2024 con radicación 3979148 se solicitó al Banco Popular hacer efectivo el amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de vida grupo deudores, que funge como garantía adicional del crédito No 25003240011487 con el **BANCO POPULAR S.A** , adquiridas por mi parte, se paguen los saldos insolutos de la obligación financiera No 25003240011487 que contraí inicialmente con el Banco Popular S.A, a la fecha del siniestro, esto es, el día catorce (14) de diciembre de 2020, fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, por la suma de CIENTO DIECINUEVE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (119.650.000,00) M/CTE, más los intereses del artículo 1080 del Código del Comercio.

15. El día 23 de mayo del año 2024, el Banco Popular da respuesta a la solicitud presentada por mi cliente, informando que:

“ Por otro lado, le informamos que, la aseguradora es quien brinda el último concepto definitivo, en donde nos indican si realizan el reconocimiento de la afectación de la póliza retroactiva a la fecha de la estructuración; por ello, se hace necesario el envío de la siguiente documentación al número de whatsapp autorizado 312 5104777, con el fin de remitir la solicitud a la aseguradora Seguros Alfa:

- Carta notificando el siniestro con firma y huella.
- Copia de la cédula.
- Acta de la Junta Médica de Valoración expedida por la EPS o Junta Regional de Invalidez donde se especifique la fecha de la estructuración de la incapacidad o invalidez y porcentaje o pérdida de la capacidad laboral (No es la resolución de la pensión).
- Una (1) copia de la historia clínica completa y actualizada no se acepta resumen”.

16. De conformidad con lo expresado en respuesta del Banco Popular, se remitió al número de **whatsapp autorizado 312 5104777** el día 30 de mayo de 2024, la solicitud de siniestro, siendo radicada por este canal por la aseguradora Alfa con número de identificación 6760862f1b3ed; obteniendo respuesta mediante comunicación de fecha 20 de junio de 2024, donde se expreso:

“Seguros de Vida Alfa S.A., suscribió con el Banco Popular S.A., la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores GRD-464, con el objeto de amparar la Muerte e Incapacidad Total y Permanente de los deudores de la mencionada Entidad.

Una vez efectuada la respectiva documentación se evidencia dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de invalidez de Boyacá, con fecha de dictamen 7/06/2023 y fecha de estructuración (siniestro) 14/12/2020 con un 74,15% de pérdida de capacidad laboral, para la fecha de siniestro el asegurado no contaba con saldo alguno toda vez que el crédito en mención tiene fecha de desembolso 18/12/2020.

De acuerdo con lo anterior el artículo 1045 del Código de Comercio determina lo siguiente:

"Son elementos esenciales del contrato de seguro:

1. El interés asegurable
2. El riesgo asegurable
3. La prima o precio del seguro, y
4. La obligación condicional del asegurador

En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno

Quiere decir la norma transcrita que para que exista contrato de seguros, es condición esencial que los cuatro elementos del contrato de seguro estén presentes de manera simultánea al momento de la ocurrencia del siniestro.

Adicionalmente, procede citar las condiciones particulares de la póliza en referencia, las cuales establecen lo siguiente:

"VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

La cobertura del seguro inicia desde el momento del desembolso y/o inicio del crédito, lo que ocurra primero y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda..."

Significa la cláusula transcrita que la vigencia del contrato seguirá hasta la cancelación total de la deuda correspondiente.

A su turno el artículo 1602 del Código Civil, establece que:

"LOS CONTRATOS SON LEY PARA LAS PARTES

Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su conocimiento mutuo o por causas legales".

Significa la norma transcrita que el convenio contractual entre el Banco Popular S.A., y esta Aseguradora se constituye en ley para las partes, razón por la que el pago indemnizatorio no es viable, toda vez que el producto relacionado no presenta deuda alguna a fecha de ocurrencia, conforme a lo reportado por la entidad financiera, razón por la cual a Seguros de Vida Alfa S.A. no le asiste la obligación de realizar pago indemnizatorio alguno.

Por lo anterior, Seguros de Vida Alfa S.A., lamenta informarle que objeta oportunamente la reclamación presentada, sustentada en los hechos ocurridos, el contrato de seguro y la normatividad legal vigente."

II. PRETENSIONES

Se declare responsable contractualmente a Banco Popular S.A, Seguros de Vida Alfa S.A, BBVA Seguros de vida Colombia S.A, BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", frente a las obligaciones derivadas del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de vida grupo deudores, que funge como garantía adicional del crédito No 00130158009622414381 con el **BANCO BILBAO**

VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. “BBVA COLOMBIA”, adquiridas por mi parte, y en consecuencia,

Se condene a el Banco Popular S.A, Seguros Alfa, BBVA Seguros de vida Colombia S.A, BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. “BBVA COLOMBIA” a pagar los saldos insolutos de la obligación financiera No 00130158009622414381 que contraje inicialmente con el Banco Popular S.A, a la fecha del siniestro, esto es, el día catorce (14) de diciembre de 2020, fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, por la suma de **CIENTO DIECINUEVE MILLONES SEINCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (119.650.000,00) M/CTE**, más los intereses del artículo 1080 del Código del Comercio.

III. FUNDAMENTOS DE DERECHO

En virtud de los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, la Superintendencia Financiera de Colombia, cuenta con las facultades propias de un juez para decidir de manera definitiva “las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público”. Esta facultad la ejerce la superintendencia Financiera de Colombia, cuando se ejerce la acción que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, ha denominado Acción de Protección al Consumidor.

El Título I de la Ley 1328 de 2009, estableció el régimen de protección al consumidor financiero. El artículo 3 de la disposición enunciada líneas atrás, dispone cuales son los principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, entre otros, encontramos los principios de debida diligencia, transparencia e información cierta, suficiente y oportuna; estos deberes de las entidades bancarias y aseguradoras constituyen un correlato del conjunto de derechos para la protección del consumidor financiero como lo señala el literal a) del artículo 5 y literal b) el artículo 7 de la Ley 1328 de 2009.

La Corte Constitucional en sentencia C- 313 de 2013 a definido que en materia de derechos de los consumidores financieros, no han sido pocas las manifestaciones que ha realizado en máximo organo constitucional, precisando:

“se pueden afirmar del derecho del consumidor, entre otras cosas, que se trata de un conjunto de normas encaminado a subsanar las asimetrías evidenciadas en el mercado y derivadas, entre otras circunstancias, de las diferencias en materia de capacidad económica y de la posesión de información cualificada. También se puede sostener que se trata de un derecho eminentemente dinámico, condicionado a las variaciones de la situación de consumidor y productor en el escenario cambiante del mercado. Igualmente, se puede advertir que la lectura de los contratos surgidos en el mercado entre consumidores y productores, debe hacerse teniendo como norte los principios constitucionales de protección al consumidor.

Establecido el interés de los ordenamientos jurídicos y, en particular, el del Constituyente colombiano, por regular los derechos de los consumidores es oportuno retomar una de las ideas sugeridas en el considerando 5.1, el derecho del consumidor plantea nuevos retos a la concepción del contrato, pues, ahora, los contratos entre consumidor y empresa, involucran una función social y la búsqueda de la igualdad como deber del Estado. Por ende, la intervención estatal es hoy, en esta materia, un imperativo”.

El caso en controversia que se pone en conocimiento y resolución del despacho, se desprende de lo manifestado en el numeral 12 del acápite de hechos de este escrito, donde se detalla la respuesta de la aseguradora Seguros de vida Suramericana S.A – a la reclamación efectuada por mi parte para la afectación del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de vida grupo deudores 3363151, que funge como garantía adicional de la obligación financiera No 725015800169974 que tengo con el Banco Agrario de Colombia; solicitud sustentada en el dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional, que dictaminó una pérdida de capacidad laboral y ocupacional del 74,15%, emanado de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá, con fecha de estructuración de la misma el día 14 de diciembre de 2020. La aseguradora Seguros de vida Suramericana S.A, negó la solicitud afirmando que concluido el estudio de la reclamación presentada por el amparo de invalidez, no se atenderá favorablemente su solicitud de indemnización, sustentando su decisión; afirmando: “(...) se evidencia que, en la documentación aportada, “Calificación Junta Regional de Calificación de invalidez de Boyacá”, se pudo establecer que el asegurado presenta antecedentes de: enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal (enfermedad renal crónica GV secundaria a nefropatía hipertensiva y nefropatía IGA (biopsia renal 2001), estos no fueron declarados y es preexistente al desembolso del crédito en el año 2020 (...).”

Consideramos que la aseguradora Seguros de vida Suramericana S.A, contraría el ordenamiento jurídico, así como las decisiones emanadas de la delegatura para Funciones jurisdiccionales de la superintendencia financiera, que se han estructurado a partir de la copiosa jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre esta materia. A efectos de sustentar nuestro reproche, traemos en cita, la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que ha definido las subreglas que se deben tener en cuenta por las aseguradoras, al momento de definir el rechazo o aceptación del siniestro, cuando se ha presentado omisión de reporte de preexistencias médicas en el formulario de afiliación, situación que sustenta la negativa de la aseguradora Seguros de vida Suramericana S.A, que, a nuestro juicio, no tiene sustento.

Sentencia T-751 de 2012:

“[C]uando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-.” [En consecuencia]“la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo”

Sentencia T-342 de 2013:

“En el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Equidad Seguros omitió realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para determinar el estado de salud del demandante. Además, lo consignado en las denominadas condiciones del contrato de seguro tampoco justifica tal proceder, pues como se explicó, ello evidentemente coloca al actor en indefensión frente a la aseguradora. No es admisible entonces que ante la ocurrencia del riesgo

asegurado, Equidad Seguros alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso del señor Jorge Octavio Ortiz Álvarez a la póliza de seguro de vida deudores”.

Sentencia T-222- 2014:

“La reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”

(...) De acuerdo con ello, los límites a la libertad asegurativa “se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato”. Ello implica, entonces, que la aseguradora, siguiendo la tesis de la Sentencia T-832 de 2010, debe exigir un examen médico so pena de no poder alegar preexistencias en eventos futuros.

En este orden de ideas, si el artículo 1058 del Código de Comercio obliga al asegurado a declarar “sinceramente”, es claro que la preexistencia, no siempre, será sinónimo de reticencia. En efecto, como se mencionó, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga. No simplemente un hecho previo celebración del contrato. Por su parte, la preexistencia es un hecho objetivo. Se conoce con exactitud y certeza que “antes” de la celebración del contrato ocurrió un hecho, pero de allí no se sigue que haya sido de mala fe. La preexistencia siempre será previa, la reticencia no.

En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad.

Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que “*las inexactitudes*

u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto)¹. Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe.

En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.

Sentencia 830- 2014:

“Esta Corte ve con preocupación cómo algunas entidades financieras, conscientes de su posición, deciden injustificada y arbitrariamente negar el pago de la póliza a los ciudadanos para así obligarles a acudir a instancias ordinarias que, como se mostró en párrafos anteriores, pueden resultar ineficaces. Si bien es cierto que un contrato de seguro se rige por las reglas de la autonomía de la voluntad, no entiende cómo algunas aseguradoras reclaman de los tomadores buena fe en el cumplimiento del contrato sin que en ellas medie si quiera un mínimo al honrar sus obligaciones. Y es a partir de estas de esas consideraciones que la Sala abordará el estudio de las principales subreglas que ha fijado la Corte para estos asuntos.

La corte fijo unas subreglas muy importantes sobre exclusiones y preexistencias. En primer lugar, estableció *“(i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados”*. En esa providencia, la Corte tuvo que estudiar un caso en el que una persona de cincuenta y cuatro años había adquirido un crédito con un banco, el cual habría sido amparado por la aseguradora. Ese seguro, nuevamente, operaría por pérdida de capacidad laboral superior al 50% o por muerte. Su ARP le dictaminó una disminución del 77.5%, y al carecer de recursos económicos, solicitó a la aseguradora el pago insoluto de la obligación amparada. No obstante, esa entidad se negó al pedimento de la interesada pues indicó que no había informado su verdadero estado de salud, previo a la celebración del contrato. Es decir, había preexistencias que impedían el pago de la póliza de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio.

En esa ocasión la Corte indicó que pese a ello, *“en el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los*

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Bogotá D.C. Sent. Cas. Civ. de 11 de abril de 2002, Exp. No. 6815.

respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”

Una Sentencia muy importante que abordaría este tema, es la T-751 de 2012. En aquella decisión, la Corte estudió varios casos de personas que habían adquirido créditos con entidades financieras y que las aseguradoras se negaban a pagar el saldo insoluto de esas obligaciones, alegando mala fe en los contratantes por existir las denominadas preexistencias. Para esta Corporación, el principio de buena fe en los contratos de seguro adquiere una mayor exigencia respecto de las aseguradoras. En efecto, *“el contrato de seguro se caracteriza por la exigencia de una buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas”*. En igual sentido, *“cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro”*. Si eso no sucede, no es posible que las aseguradoras aleguen preexistencias en su favor para no honrar sus obligaciones.

Según la mencionada providencia, los límites de la potestad de la parte contratante, *“se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato”*. Es decir, si la aseguradora no realizó un examen médico de ingreso, no podrá, entonces, alegar ningún tipo de preexistencia en el futuro. Esa tesis sería reiterada por la Sentencia T-662 de 2013 y la Sentencia T-222 de 2014.

Para este Tribunal Constitucional,

“la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad. Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que “las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia

profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto)^[32]. Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe”^[33].

Sentencia T- 316 de 2015:

“Debido a la necesidad de velar por la efectividad del principio de autonomía privada de la voluntad, las compañías de seguro han de cerciorarse [de] que la condición de salud declarada por el cliente sí corresponde a la realidad. Esta carga se fundamenta en que las personas, al adquirir una póliza de seguro, pueden no estar al tanto de su estado actual de salud, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el cliente. De igual forma, la carga de comprobación también se encuentra justificada en que es la aseguradora la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro, por lo que es aquella quien debe indagar por dichas condiciones.

El deber de comprobación puede materializarse de múltiples formas, incluyendo la práctica de exámenes médicos o la exigencia de presentar unos recientes para certificar sus condiciones vitales”.

Sentencia T- 501 de 2016:

“ Cabe aclarar que la nulidad relativa del contrato pretende castigar la mala fe en el comportamiento del tomador, motivo por el cual la relación contractual no podrá ser declarada nula por la sola omisión en el suministro de cualquier información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria se origine en un actuar contrario a los postulados de la buena fe, que tenga la entidad de retraer el negocio celebrado o que, de ser conocida por el asegurador, hubiese llevado a estipular condiciones más onerosas”

Sentencia T- 609 de 2016:

“La figura de la reticencia se refiere a la inexactitud u omisión en la información entregada por el tomador del seguro en el momento de celebrar el contrato, y cuya consecuencia es la nulidad relativa del mismo. Específicamente, lo que se sanciona es la mala fe, por lo que corresponde a la aseguradora la carga de la prueba de esta. Adicionalmente, la reticencia no se sanciona cuando el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

Sentencia T-027 de 2019:

“La Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión”.

Sentencia T-061 de 2020:

“Esta Corte ha determinado que la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como “reticencia”, pues para que esta figura pueda configurarse es necesario que se demuestre la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato de seguro le resulte más oneroso o que la aseguradora desistiera de asumirlo

En ese sentido, si bien quien suscribe el contrato de seguro tiene la obligación de declarar con honestidad la totalidad de los factores que puedan afectar las condiciones en que se suscribe el contrato de seguro, lo cierto es que, como se indicó con anterioridad, la mera discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y aquella existente en la historia clínica del asegurado no implica la configuración de la “reticencia” y, en ese sentido, corresponde a la aseguradora: **(i)** demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada; **(ii)** haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras **se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron**; esto es, si se abstuvieron de verificar la información, habiendo podido hacerlo, mal haría el juez en validar su negligencia; y **(iii)** demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.

Sentencia T – 025 de 2024:

“El tomador incurre en reticencia cuando declara de forma inexacta las circunstancias que determinan el estado del riesgo, esto es, cuando el tomador incumple la obligación prevista en el artículo 1058 del CCo. Sin embargo, no toda reticencia o inexactitud en relación con las preexistencias en la declaración de asegurabilidad genera la nulidad del contrato. De acuerdo con el inciso 1º del artículo 1058 del CCo, así como la jurisprudencia constitucional y ordinaria, la reticencia sólo genera la nulidad relativa del contrato de seguro si se acreditan tres elementos o requisitos esenciales: *(i)* el elemento subjetivo -mala fe-; *(ii)* la trascendencia o relevancia de la preexistencia y *(iii)* el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro.

53.1. *Elemento subjetivo.* El tomador debe haber actuado de mala fe. Esto ocurre cuando tenía conocimiento del diagnóstico, pero omitió informar sobre el mismo con el propósito de evitar que el contrato se hiciera más oneroso o el asegurador desistiera del mismo.

53.2. *Trascendencia o relevancia.* Las preexistencias que no fueron informadas deben ser *trascendentes* o *relevantes*. De acuerdo con el artículo 1058 del CCo, son trascendentes los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, “lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...)”.

53.3. *Nexo de causalidad.* La jurisprudencia constitucional y civil ordinaria ha enfatizado que, para que la reticencia o inexactitud genere nulidad, debe existir un “nexo causal entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro”

Las sentencias en cita, son un ejemplo de un número más amplio de decisiones de la Corte Constitucional, donde se han determinado las subreglas que las aseguradoras deben tener en cuenta a la hora de valorar la aceptación o no del siniestro del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de vida grupo deudores, parámetros que no tuvo en cuenta Seguros Alfa, BBVA Seguros de vida Colombia S.A y BANCO BILBAO VIZCAYA

ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", cuando negaron el reconocimiento solicitado por parte del señor OTALORA NIÑO.

La delegatura con competencia sobre estos asuntos, ha resuelto asuntos de contornos similares al que se encuentra en estudio, donde ha definido que "no cualquier enfermedad o intervención conlleva una reticencia, dado que según lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, la aseguradora adicionalmente debe acreditar que conocido por el asegurador le hubieren retraído celebrar el contrato o establecer condiciones más onerosas que hubieren producido la nulidad relativa del seguro. (Superintendencia Financiera – No radicado 20171193132017- fecha 18 de mayo de 2018). Esta misma postura ha sido expresada por la delegatura en fecha más reciente, cuando ha expresado: "Ahora bien, debe este Despacho insistir que no toda omisión o inexactitud conlleva a la nulidad del contrato a la que hace referencia el artículo 1058 del Código de Comercio, solo teniendo dicho efecto, aquellas que recaen sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, condición que impone una carga probatoria a la entidad aseguradora que pretenda el citado efecto respecto de una relación aseguraticia, máxime cuando el efecto de la misma, de conformidad con el artículo 1059 de la misma codificación conlleva a que la compañía de seguros tenga el derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena. Condición que establece que, pese a la existencia de una reticencia en la información otorgada por el asegurado, con el fin de salvaguardar los intereses de la entidad financiera, solo se otorgaría el efecto establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio para aquellos eventos en que la causa que origino directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia, situación que impone en la compañía de seguros una carga probatoria adicional." (Superintendencia Financiera – No radicado 2021108166-095-000- fecha 14 de febrero de 2022)

IV. CUANTÍA

Estimo bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la presentación de esta demanda, que el valor de mis pretensiones asciende a la suma de **CIENTO DIECINUEVE MILLONES SEINCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (119.650.000,00) M/CTE.**

V. PRUEBAS

Solicito al despacho se tengan como prueba las siguientes:

I. Aportadas.

1. Paz y Salvo – Banco Popular obligación financiera No 25003240011487.
2. Reclamación dirigida BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", radicada por medios virtuales, con referencia de identificación VGDB-29312, se realizó petición para solicitar la indemnización del amparo de invalidez del crédito No 00130158009622414381.
3. Dictamen de fecha 07 de junio del año 2023 de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá.
4. Respuesta a la solicitud de fecha 16 de junio del año 2023, por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
5. Respuesta de Banco Popular a la solicitud de fecha 16 de mayo del año 2024 con radicación 3979148.
6. Respuesta realizada al **whatsapp autorizado 312 5104777** el día 30 de mayo de 2024 dirigido a la aseguradora Alfa.

VI. ANEXOS

1. Paz y Salvo – Banco Popular obligación financiera No 25003240011487 - **(1 folio)**.
2. Reclamación dirigida BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. “BBVA COLOMBIA”, radicada por medios virtuales, con referencia de identificación VGDB-29312, se realizó petición para solicitar la indemnización del amparo de invalidez del crédito No 00130158009622414381 - **(1 folio)**.
3. Dictamen de fecha 07 de junio del año 2023 de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá **(6 folios)**.
4. Respuesta a la solicitud de fecha 16 de junio del año 2023, por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A - **(1 folio)**.
5. Copia cédula de ciudadanía del señor **ABEL OTALORA NIÑO (1 folio)**.
6. Copia cédula de ciudadanía y tarjeta profesional del abogado **CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ - (2 folios)**.
7. Poder otorgado por el señor **ABEL OTALORA NIÑO** al profesional del derecho **CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ (1 folio)**.

VII. NOTIFICACIONES.

Recibiré notificaciones en el correo electrónico: ceca369@hotmail.com y mis datos adicionales de contacto son:

Dirección: Calle 45 No 4 – 79 - Conjunto María Fernanda – Torre 12 apartamento 346

Ciudad: Tunja

Teléfono celular: 3208007093

La entidad vigilada y contra quien se dirige esta demanda, recibirá las notificaciones en la dirección electrónica que aparece registrada en la página web de Banco Popular S.A.: notificacionesjudicialesvjuridica@bancopopular.com.co; seguros de Vida Alfa S.A.: servicioalcliente@segurosalfa.com.co; BBVA Seguros de vida Colombia S.A.: defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co; BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. “BBVA COLOMBIA”: notifica@bbva.com.co. y el Banco Agrario de Colombia: notificacionesjudiciales@bancoagrario.gov.co, y en la Carrera 8 No. 15 - 43 Bogotá D.C.

Cordialmente,



CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ.

c.c.1049610091 de Tunja.

T.P.205012 del Consejo Superior de la Judicatura.

BANCO POPULAR

PAZ Y SALVO

El BANCO POPULAR, hace constar que el (la) señor(a) ABEL OTALORA NINO, quien se identifica con CEDULA DE CIUDADANIA No. 6760862, presentó obligaciones de libranza PRESTAYÁ, así:

SOLICITUD	OBLIGACIÓN	ESTADO	FECHA CANCELACIÓN
25003240014411	25003240011487	CANCELADO	03/05/2021

Expedido en Tunja a los 21 días del mes de Septiembre de 2023.



Elaborado por: SPSIERRAA250

Tunja 23 de jun. de 23

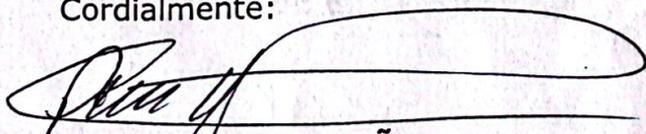
Señores:

BANCO BBVA

Con toda atención adjunto los siguientes documentos historia clínica completa, informe departamental de la junta de calificación de Boyacá donde se determinó la perdida capacidad laboral y fotocopia de la cedula con (43) Folios, lo anterior con el fin de que se de tramite y hacer efectiva la póliza de seguro con el producto que adquirí con ustedes (Crédito de Libranza).

Quedo atento a una pronta respuesta

Cordialmente:



ABEL OTALORA NIÑO

CC 6760862

Teléfono de contacto 3112029236

PROCESO REALIZADO POR CANAL
CORREO BBVA SEGUROS

→ clientes@bbvaseguros.com.co



Junta Regional de Calificación de Invalidez
De Boyacá
NIT: 9000202806

JCI-RB-ND No. 01727-23
Tunja, 09 de Junio de 2023

Señor(a):
ABEL OTALORA NIÑO
TELEFONO: 3112029236-3125352865
Correo: gerencia@sicolsas.com
TUNJA

NOTIFICACIÓN DICTAMEN No. 05202300369
Caso: ABEL OTALORA NIÑO C.C. 6760862

El suscrito director administrativo y financiero de la Junta de Calificación de Invalidez Regional Boyacá, certifica que el día 07 de Junio de 2023 la Junta Regional se constituyó en audiencia privada para proferir el Dictamen N°. 05202300369, correspondiente a ABEL OTALORA NIÑO C.C. 6760862.

Según lo dispuesto en el Artículo 41 del Decreto 1352 del 26 de Junio de 2013 y el Artículo 56 de la Ley 1437 del 2011, una vez recibido el presente correo se da por surtida la Notificación del Dictamen.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 1, numeral 3 del decreto 1352 de 2013, la junta regional actúa como perito, y contra el presente dictamen no procede ningún recurso.

Se le hace saber al interesado que en caso de solicitud de aclaración, corrección y/o complementación, se podrán interponer únicamente al correo electrónico notificaciones@juntaregionalboyaca.org en los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de recibido de esta notificación electrónica o recibido de este correo electrónico.

Se anexa el Dictamen.

FECHA DE NOTIFICACIÓN: 09-JUNIO-2023

Atentamente,

JORGE LUIS QUINTERO GÓMEZ
Director Administrativo y Financiero

Calle 47 No 1-44 Barrio Las Quintas - Diagonal Clínica Cancerológica
Teléfono (608) 7431572 - Cel. 3153562476
Tunja - Boyacá



DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 07/06/2023
Tipo de calificación: Otro
Instancia actual: No aplica
Tipo solicitante: Persona natural
Teléfono: - 3112029236-3125352865
Correo electrónico: gerencia@sicolsas.com

Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)
Nombre solicitante: Abel Ojalora Niño
Ciudad: Tunja - Boyacá

Nº Dictamen: 5202300369
Identificación: CC 6760862
Dirección: Transv 1 Este No. 66-05 Barrio Los Muiscas

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá
Teléfono: 7431572

Identificación: 900.020.280-6
Correo electrónico: juntaregionalboyaca@gmail.com

Dirección: Calle 47 No. 1-44
Ciudad: Tunja - Boyacá

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: Abel Ojalora Niño
Ciudad: Tunja - Boyacá
Lugar: Cucaita - Boyacá
Etapas del ciclo vital: Adulto mayor
Correo electrónico: gerencia@sicolsas.com
AFP:

Identificación: CC - 6760862 - Tunja
Teléfonos: - 3112029236-3125352865
Edad: 67 año(s) 10 mes(es)
Estado civil: Casado
Tipo usuario SGSS:
ARL:

Dirección: Transv 1 Este No. 66-05 Barrio Los Muiscas
Fecha nacimiento: 17/07/1955
Genero: Masculino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
EPS:
Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

No aplica

Información ocupacional

Persona económicamente no activa

Observaciones: Se encuentra sin vinculación laboral, se encuentra pensionado por vejez desde el año 2017, se desempeñó laboralmente hasta el año 2010, en el cargo como Gerente de Seguro Social por aproximadamente 6 años, termina su vinculación por liquidación del seguro social, antes se desempeñaba como Jefe Financiero del Seguro Social por aproximadamente 1 año y medio, se desempeñó en cargos de nivel directivo por 20 años. Luego de su última vinculación laboral se dedica a finca hasta que por alteraciones de la salud debe abandonar la ocupación. Actualmente los hijos van a la finca, ya no hay producción.

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá

Calificado: Abel Ojalora Niño

Dictamen: 5202300369

Página 1 de 5

Resumen del caso:

Homocero de 67 años, quien ha trabajado en varias entidades, la última en el Seguro Social por 7,8 años como Guardia y jefe financiero. Desde el 2017 es beneficiario pensionado.

Antecedentes: Patológicos: Extracción de pólipo intestinal sin alteración. Antecedente de sintomatología y tratamiento para neuropatía desde el año 2000. Pendiente de colonoscopia y las patologías pendientes de calificar en este Dictamen. Cx: extracción de pólipo. Pendiente cateterismo el jueves.

Solicita calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, P.C.L.O para aportar al Seguro Bancario.

Conceptos médicos

Fecha: 14/01/2021

Especialidad: Hospital Pablo Tobón Uribe

Resumen:

Hospital Pablo Tobón Uribe (14/01/2021): Estudio de vasos abdominales con Doppler. CONCLUSIÓN: Estudio normal. Dr Carlos Mario González.

Fecha: 27/02/2022

Especialidad: Fresenius medical Care Tunja

Resumen:

Fresenius medical Care Tunja, Unidad Renal (27/02/2022): IDX: N18.5 Enfermedad Renal Grado 5.1. Enfermedad Renal Crónica secundaria a Nefropatía hipertensiva y Nefropatía por IGA (biopsia renal 2001)2. HTA (2000)3 Artritis gotosa4 Anemia asociada a ERC6 dependencia de diálisis desde el 14/12/2020 - TFG estimada el inicio de diálisis por C-G 5 ml/min, por CKD.EPI 3 ml/min y por MORO 4 ml/min (Cr 1516 mg/dl del 14/12/2020)

Fecha: 01/04/2023

Especialidad: FRESENIUS MEDICAL CARE

Resumen:

FRESENIUS MEDICAL CARE, Tunja. Unidad Médico Renal (01/04/2023): BUN elevado, Hiperkalemia demás electrolitos adecuados CH CON HS LEUCOS Y PLAQ normales.

Fecha: 26/04/2023

Especialidad: Historia Clínica

Resumen:

26/04/2023: IDX: N185 Enfermedad renal crónica, estadio 5. PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS CON IDX:1. Enfermedad Renal Crónica secundaria a Nefropatía hipertensiva y Nefropatía por IGA (biopsia renal 2001).2. HTA (2000)3 Artritis gotosa4 Anemia asociada a ERC6 Dependencia de diálisis desde el 14/12/2020 -TFG es llamada al inicio de diálisis por CG 5 ml/min. por CKC-EPI 3 ml/min y por MORO 4 ml/min (Cr15 .16 mg/dl del 14/12/2020)HEPATITIS C NEGATIVOHEPATITIS B NEGATIVOVACUNACIÓN para hepatitis B con protecciónSAT 22FERRITINA 321PTH: marzo 344 jun 215 sept.303 nov 349 feb 572KTN 1.41Paciente con buena evolución óptimo control de cifras tensionales peso ajustado al indicado por BCM sin clínica hipervolemia ni bajo gasto con buena tolerancia a las sesiones de hemodiálisis y adecuada adherencia a las mismas.Muestra azoados óptimos con electrolitos que presentan persistencia de hiperkalemia aunque en mejoría con respecto a previos por lo cual se insiste en el retiro de alimentos ricos en potasio para llevar a metas propuestas cifras de hemoglobina en valores óptimos estables por lo cual se mantiene dosis actual tanto de eritropoyetina como de hierro parenteral. Demás parámetros de perfil en metas y logra dosis correcta de diálisis por lo que no requiere otros ajustes.Paciente con IRC Terminal en soporte crónico de HD tres veces semana. No síntomas urémicos. adecuada tolerancia a la terapia de hemodiálisis.

Fecha: 24/05/2023

Especialidad: FRESENIUS MEDICAL CARE

Resumen:

FRESENIUS MEDICAL CARE (24/05/2023): Tunja Unidad Renal. Informe Médico. ERC, 112.0 enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal. DiagnósticoD63.8. Anemia en enfermedades crónicas clasificadas en otra parte anemia en otras enfermedades crónicas clasificadas en otra parte.14/12/2020 E21.1.Hiperparatiroidismo y otros trastornos de la glándula paratiroides hiperparatiroidismo secundario no clasificado en otra parte:14/12/2020 T299.2 Dependencia de máquinas y dispositivos capacitantes no clasificada en otra parte dependencia de diálisis renal.14/12/2020, N18.X Insuficiencia renal crónica. Enfermedad renal crónica. estadio 502/01/2000, I10.X. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (I10-I15) hipertensión esencial (primaria)02/01/2000 M109. Gota, gota no clasificada en otra parte.

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá

Calificador: Abel Ojalora Nifo

Dictamen:5202300369

Página 2 de 5

Pruebas específicas

Fecha: 18/08/2022 Nombre de la prueba: RNM cerebro simple

Resumen:

RNM cerebro simple (18/08/2022.): Normal

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: Especialidad: Médica

Utilizando las tecnologías de la información y las comunicaciones, con autorización del paciente se realizó videollamada por WhatsApp el día 05 de Junio de 2023 a las 8:00 AM utilizando dispositivo móvil de la JRCI Boyacá, con el fin de realizar la entrevista y obtener información complementaria para la calificación.

Alerta. P: 68.4 kg. T: 169 cm. Diestro. Marcha lenta al salir de diálisis. Refiere dolor en la espalda, lo asocia al mal sueño. Pendiente polisomnografía. EAV: 7/10. Refiere que sale "muy débil y descompensado de la diálisis". Le preocupa los inconvenientes presentados para el trasplante. Pendiente Trasplante, cancelado por concepto Médico Psiquiatra (referido por el evaluado). Inicia diálisis desde el 12 de diciembre de 2020.

Fecha: Especialidad: Fisioterapeuta

EDAD: 67 años

ESTUDIOS: ADMINTRADOR DE EMPRESAS ESPECIALIZACION EN PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA

ESTADO CIVIL: CASADO

Utilizando las tecnologías de la información y las comunicaciones, con autorización del paciente se realizó videollamada por WhatsApp el día 05 de Junio de 2023 a las 2:30 PM utilizando dispositivo móvil de la JRCI Boyacá, con el fin de realizar la entrevista y obtener información complementaria para la calificación.

INFORMACION LABORAL

Se encuentra sin vinculación laboral, se encuentra pensionado por vejez desde el año 2017, se desempeñó laboralmente hasta el año 2010, en el cargo como Gerente de Seguro Social por aproximadamente 6 años, termina su vinculación por liquidación del seguro social, antes se desempeñaba como Jefe Financiero del Seguro Social por aproximadamente 1 año y medio, se desempeñó en cargos de nivel directivo por 20 años. Luego de su última vinculación laboral se dedica a finca hasta que por alteraciones de la salud debe abandonar la ocupación. Actualmente los hijos van a la finca, ya no hay producción.

ANAMNESIS

Presenta sintomatología de tipo articular con afectación de codo derecho y de la rodilla derecha. Refiere dolor en columna.

EXAMEN OSTEOMUSCULAR Movilidad articular codo derecho: restricción leve en flexión y extensión. Movilidad articular rodilla derecha: restricción moderada en flexión. Realizó marcha sin ayuda técnica, con cojera, mayor apoyo en miembro inferior izquierdo.

OTRAS AREAS OCUPACIONALES: Diestro.

MOVILIDAD: Cambios de postura con dificultad de sedente a bípedo, dificultad de decúbito a sedente; intolerancia postura prolongada bípeda, sedente: dolor al estirar la pierna; casi no levanta objetos del piso. Cuando tiene crisis deben ayudarlo por aumento el dolor en el codo, la rodilla y el tobillo todo del lado derecho. Dentro del domicilio dice se mueve lo que requiere. Fuera del domicilio realiza locomoción despacio, con crisis hasta 1 cuadra, sale acompañado, se sostiene en la otra persona. Uso de transporte público tipo taxi ó particular con dificultad. Conducía bicicleta, vehículo.

CUIDADO PERSONAL las realiza en aseo con dificultad con apoyo en la pared, leve dificultad en vestido superior e inferior, en alimentación y cuidado de partes del cuerpo: cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse, (lo hace con la mano izquierda cuando hay crisis), ayuda en corte de uñas.

VIDA DOMESTICA Quehaceres del hogar, Labores de limpieza, Preparación de alimentos: Participaba antes del evento en actividades básicas, ocasionalmente en cocina. Ahora no lo puede realizar. Cuidado otras personas: NO. Mascota: NO.

Vive con esposa en casa propia, el sustento económico dependía del paciente y de la esposa, actualmente depende de las pensión del paciente y de la esposa.

Otros conceptos técnicos:

Decreto 1352 de 2013 Capítulo VII Artículo 54: De la actuación como perito por parte de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez se realizarán en los siguientes casos:

c) Por solicitud de entidades bancarias o compañías de seguros (Indemnizaciones, Seguros de Vida, Condonación de Deudas).

PARÁGRAFO: Los dictámenes emitidos en actuaciones como peritos no tienen validez ante procesos diferentes a los que fue requerido y se debe dejar claramente en el Dictamen el objeto para el cual fue solicitado.

Análisis y conclusiones:

Se califica deficiencia por Enfermedad Crónica GV (en diálisis), Deficiencia por Hipertensión arterial con compromiso renal, Deficiencia por artritis gotosa, Deficiencia por anemia asociada a ERC.

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
D464	Anemia refractaria, sin otra especificación	4 Anemia asociada a ERC. D464		Enfermedad común
M104	Artropatía gotosa debida a defectos enzimáticos y a otros trastornos hereditarios, clasificados en otra parte	Artropatía gotosa debida a defectos enzimáticos y a otros trastornos hereditarios, clasificados en otra parte. M104		Enfermedad común
Z992	Dependencia de diálisis renal	Dependencia de diálisis renal. (desde el 14 /12/2020). Z992.		Enfermedad común
I120	Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal	1. Enfermedad Renal Crónica GV, secundaria a Nefropatía hipertensiva y Nefropatía por IGA (biopsia renal 2001). I120		Enfermedad común
I151	Hipertensión secundaria a otros trastornos renales	2. Hipertensión secundaria a otros trastornos renales (2000): I151		Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva	2	2.6	3	2	2	NA	50,00%		50,00%
Valor combinado									50,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Desordenes del tracto urinario superior.	5	5.2	4	4	4	NA	90,00%		90,00%
Valor combinado									90,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencias por anemia	7	7.2	1	1	NA	NA	10,00%	0,00%	10,00%
Valor combinado									10,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Gota	14	NA	NA	NA	NA	NA	60,00%		60,00%
Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucre el sistema osteomuscular	14	14.15	1		NA	NA	5,00%		5,00%
Valor combinado									62,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.	50,00%
Capítulo 5. Deficiencias del sistema urinario y reproductor.	90,00%

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá

Calificador: Abel Ovalora Niño

Dictamen: 5202300369

Página 4 de 5

Bogotá, 16 de junio de 2023

Señores
BANCO BBVA COLOMBIA S.A
Sucursal TUNJA AVENIDA NORTE
Gerente

REFERENCIA. TOMADOR BBVA COLOMBIA S.A.
AFECTADO ABEL OTALORA NIÑO CC 6760862
RECLAMO VGDB-29312
CRÉDITO 00130158009622414381

Respetados Señores:

En atención a la documentación recibida en días anteriores en donde solicita hacer efectivo el amparo de Incapacidad Total y Permanente, según dictamen de invalidez emitido el 07 de junio de 2023 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá, nos permitimos manifestar las siguientes consideraciones:

De acuerdo con la historia clínica descrita en el dictamen, encontramos que el señor Abel Otálora, tenía antecedentes de enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía hipertensiva y nefropatía por IGA(biopsia renal 2001) , hipertensión arterial diagnosticada en el año 2000, dependencia de diálisis desde el 14 de diciembre de 2020 . Las anteriores circunstancias son hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

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

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado esté faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar a la objeción del pago del seguro.

Adicionalmente, conviene resaltar que la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o hechos causantes de la reclamación tengan alguna relación con la(s) enfermedad(es) padecida(s) y no declarada(s) por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaron su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hechos que no fueron atendidos correctamente al obviar mencionar las enfermedades citadas anteriormente; enfermedades que por su connotación tenían que ser de conocimiento para la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

De otra parte, con independencia de que la causa de su Incapacidad haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio, ya comentado.

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.

Adicionalmente, el Artículo 1158 del Código de Comercio estipula "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"



Teniendo en cuenta que el señor Abel Otálora, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida que inició vigencia el día 08 de abril de 2021, omitió declarar dichas patologías relevantes, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándose el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordial saludo,

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

Firma Autorizada
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

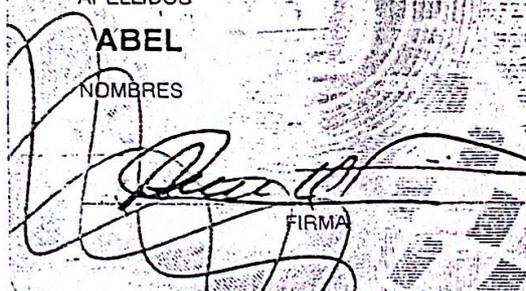
NUMERO 6.760.862

OTALORA NINO

APELLIDOS

ABEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1955

CUCAITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

11-JUL-1977 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0706000-00271521-M-0006760862-20101217

0025261639A 1

27706670

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.049.610.091

CAMACHO SUAREZ
 APELLIDOS

CESAR CAMILO
 NOMBRES

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1987

TUNJA
 (BOYACA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA B+ G.S. RH M SEXO

29-DIC-2005 TUNJA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL
 ALBA BEATRIZ FERRIFO LOPEZ




P-0700100-33146373-M-1049610091-20060304 0157506063A 02 205172763

REPUBLICA DE COLOMBIA
 320777 RAMA JUDICIAL
 CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

205012 Tarjeta No.	18/07/2011 Fecha de Expedición	17/06/2011 Fecha de Grado	
CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ			
1049610091 Cedula		BOYACA Consejo Seccional	
PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA Universidad			

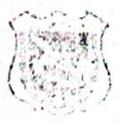
Angelino Lizcano Rivera
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

C 6603230

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971 Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS.

Señores.
Delegatura para Funciones Jurisdiccionales
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REFERENCIA: PODER ESPECIAL- Acción de protección del consumidor financiero, Ley 1480 de 2011 y artículo 24 de la Ley 1564 de 2012.

PODERDANTE: CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ
ABEL OTALORA NIÑO
Cédula: 6.760.862, de la ciudad de Tunja - Boyacá.

APODERADO:
CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ
c.c.1049610091 de Tunja - Boyacá
T.P.205012 del Consejo Superior de la Judicatura

ABEL OTALORA NIÑO, mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía No 6.760.862, de la ciudad de Tunja - Boyacá, vecino y domiciliado en esta ciudad, actuando en nombre propio; por medio del presente manifestó que otorgo PODER especial, amplio y suficiente al abogado CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ, mayor de edad e identificado con la c.c.1049610091 de Tunja - Boyacá, vecino y domiciliado en la ciudad de Tunja, ABOGADO titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 205012 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación inicie y lleve hasta su culminación Acción de protección del consumidor financiero - Ley 1480 de 2011 y artículo 24 de la Ley 1564 de 2012, en contra de Seguros de vida Suramericana S.A y el Banco Agrario de Colombia, frente a las obligaciones derivadas del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de vida grupo deudores 3363151 que funge como garantía adicional del crédito línea de inversión ordinaria FINAGRO con el BANCO AGRARIO DE COLOMBIA - No 725015800169974, así como, en contra del Banco Popular S.A, BBVA Seguros de vida Colombia S.A, BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A, "BBVA COLOMBIA", frente a las obligaciones derivadas del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de vida grupo deudores, que funge como garantía adicional del crédito No 00130158009622414381 con el BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", adquiridas por mi parte.

Mi apoderado queda facultado para transigir, conciliar, desistir, sustituir, renunciar, reasumir, revocar e impetrar todas las acciones y recursos de ley que sean necesarios para defender mis intereses y todas las demás facultades establecidas en el artículo 74 y 77 del Código General del Proceso

Solicito se reconozco personería a mi apoderado en la forma y términos del presente mandato.

Atentamente,
El poderdante,

ABEL OTALORA NIÑO
C.C 6.760.862, de la ciudad de Tunja - Boyacá

Acepto,

CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ.
c.c.1049610091 de Tunja - Boyacá
T.P.205012 del Consejo Superior de la Judicatura

FIRMA AUTENTICADA

FIRMA AUTENTICADA



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



COD 29544

En la ciudad de Tunja, Departamento de Boyacá, República de Colombia, el ocho (8) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría tercera (3) del Círculo de Tunja, compareció: CESAR CAMILO CAMACHO SUAREZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1049610091 y la T.P. 205012, presentó el documento dirigido a SUPERINTENDENCIA FINANCIERA . y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

29544-1



b9cc5879f7

08/04/2024 09:37:19

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acordé a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: PODER rendida por el compareciente con destino a: SUPERINTENDENCIA FINANCIERA.



A INSTANCIA DEL COMPARECIENTE SE PROVEDIÓ

EDGAR GREGORIO VACA ULLOA

Notario (3) del Círculo de Tunja, Departamento de Boyacá

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: b9cc5879f7, 08/04/2024 09:37:30



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



COD 29542

En la ciudad de Tunja, Departamento de Boyacá, República de Colombia, el ocho (8) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría tercera (3) del Círculo de Tunja, compareció: ABEL OTALORA NIÑO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0006760862 y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.



29542-1

3400c58071

08/04/2024 09:35:20

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: PODER rendida por el compareciente con destino a: SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA .



EDGAR GREGORIO VACA ULLOA

Notario (3) del Círculo de Tunja , Departamento de Boyacá

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 3400c58071, 08/04/2024 09:35:47

RESISTENCIA DEL COMPARTECIENTE SE PROHIBIÓ

Edgar Gregorio Vaca Ulloa
Notario Tercera

Este producto es comercializado por
Seguros de Vida Alfa S.A.
NIT: 860.503.617-3

Bogotá, jueves, 20 de junio de 2024
TSD-2024-10785

Señor(a) Señores:
BANCO POPULAR S.A.
Calle 17 No. 7-35, piso 14
Tel.: 756 00 00
Bogotá D.C.

Asunto:

Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. GRD-464
Tomador: Banco Popular S.A.
Deudor: Otalora Niño Abel con DI 6760862
Producto No.: 25003240011487
Reclamación No.: 500001-2024-007769

Respetado(a) señor(a):

En atención a su comunicación mediante la cual presenta reclamación ante esta Aseguradora, en afectación del amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, del deudor en asunto, con fecha de ocurrencia del 14/12/2020, nos permitimos manifestar lo siguiente:

Seguros de Vida Alfa S.A., suscribió con el Banco Popular S.A., la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores GRD-464, con el objeto de amparar la Muerte e Incapacidad Total y Permanente de los deudores de la mencionada Entidad.

Una vez efectuada la respectiva documentación se evidencia dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de invalidez de Boyacá, con fecha de dictamen 7/06/2023 y fecha de estructuración (siniestro) 14/12/2020 con un 74,15% de pérdida de capacidad laboral, para la fecha de siniestro el asegurado no contaba con saldo alguno toda vez que el crédito en mención tiene fecha de desembolso 18/12/2020.

De acuerdo con lo anterior el artículo 1045 del Código de Comercio determina lo siguiente:

"Son elementos esenciales del contrato de seguro:

1. El interés asegurable
2. El riesgo asegurable
3. La prima o precio del seguro, y
4. La obligación condicional del asegurador

En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno".

Quiere decir la norma transcrita que para que exista contrato de seguros, es condición esencial que los cuatro elementos del contrato de seguro estén presentes de manera simultánea al momento de la ocurrencia del siniestro.

Adicionalmente, procede citar las condiciones particulares de la póliza en referencia, las cuales establecen lo siguiente:

“VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

La cobertura del seguro inicia desde el momento del desembolso y/o inicio del crédito, lo que ocurra primero y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda...”.

Significa la cláusula transcrita que la vigencia del contrato seguirá hasta la cancelación total de la deuda correspondiente.

A su turno el artículo 1602 del Código Civil, establece que:

“LOS CONTRATOS SON LEY PARA LAS PARTES

Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su conocimiento mutuo o por causas legales”.

Significa la norma transcrita que el convenio contractual entre el Banco Popular S.A., y esta Aseguradora se constituye en ley para las partes, razón por la que el pago indemnizatorio no es viable, toda vez que el producto relacionado no presenta deuda alguna a fecha de ocurrencia, conforme a lo reportado por la entidad financiera, razón por la cual a Seguros de Vida Alfa S.A. no le asiste la obligación de realizar pago indemnizatorio alguno.

Por lo anterior, Seguros de Vida Alfa S.A., lamenta informarle que objeta oportunamente la reclamación presentada, sustentada en los hechos ocurridos, el contrato de seguro y la normatividad legal vigente.

Cordialmente,



FIRMA AUTORIZADA

Seguros de Vida Alfa S.A.

Elaboró: Jhon Walter Bermudez Camargo

A través del Defensor del Consumidor Financiero, como vocero de los clientes, podrán ser atendidas las peticiones o requerimientos referentes a los productos o servicios prestados por nuestra (s) Compañía (s), los cuales pueden ser radicados utilizando alguno de los medios señalados a continuación: «defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co», «defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co», dirección física y de correspondencia: avenida calle 26 59-15, local 6 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua o al teléfono (601) 7 43 53 33 Ext 14451 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Defensor del Consumidor Financiero principal: José Fernando Zarta. Defensor

suplente: Luis Fernando Pinzón. Para mayor información relacionada con funciones, competencia, conciliación y otros aspectos de la Defensoría del Consumidor Financiero, puedes encontrarlo en nuestra página web sección Legal y Consumidor Financiero <https://www.segurosalfa.com.co/consumidor-financiero?id=defensor>

Bogotá D.C, 23 de mayo de 2024

Señor
ABEL OTALORA NIÑO
ceca369@hotmail.com

Número de radicación: 3979148
Fecha de radicación: 22/05/2024

Reciba un cordial saludo:

En el Banco Popular trabajamos para convertirnos en su principal aliado financiero. Por ello, uno de nuestros objetivos fundamentales es escuchar, comprender y dar trámite a sus solicitudes.

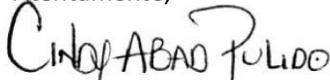
En atención a su requerimiento, confirmamos que el crédito de libranza No. ****1487 registra cancelado desde el mes de mayo de 2021; por consiguiente, afirmamos que la fecha de esta comunicación, a su nombre no se evidencia en el aplicativo ninguna solicitud nueva de crédito en ningún estado activa, negada, en curso/proceso o pendiente por desembolsar.

Por otro lado, le informamos que, la aseguradora es quien brinda el último concepto definitivo, en donde nos indican si realizan el reconocimiento de la afectación de la póliza retroactiva a la fecha de la estructuración; por ello, se hace necesario el envío de la siguiente documentación al número de whatsapp autorizado 312 5104777, con el fin de remitir la solicitud a la aseguradora Seguros Alfa:

- Carta notificando el siniestro con firma y huella.
- Copia de la cédula.
- Acta de la Junta Médica de Valoración expedida por la EPS o Junta Regional de Invalidez donde se especifique la fecha de la estructuración de la incapacidad o invalidez y porcentaje o pérdida de la capacidad laboral (No es la resolución de la pensión).
- Una (1) copia de la historia clínica completa y actualizada no se acepta resumen.

En caso de alguna inquietud adicional, lo invitamos a comunicarse con la línea verde en Bogotá al 7434646 y a nivel nacional sin costo al 018000184646.

Atentamente,



CINDY PAOLA ABAD PULIDO

Analista Solución PQR

Gerencia de Soporte y Servicio al Cliente – PQRS