Señores:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.
RADICADO:	2024114201
EXPEDIENTE:	2024-17063
DEMANDANTE:	VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ.
DEMANDADOS:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 800.240.882-0, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el presente, manifiesto que dentro del término legal, presento **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones del demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPITULO I
CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

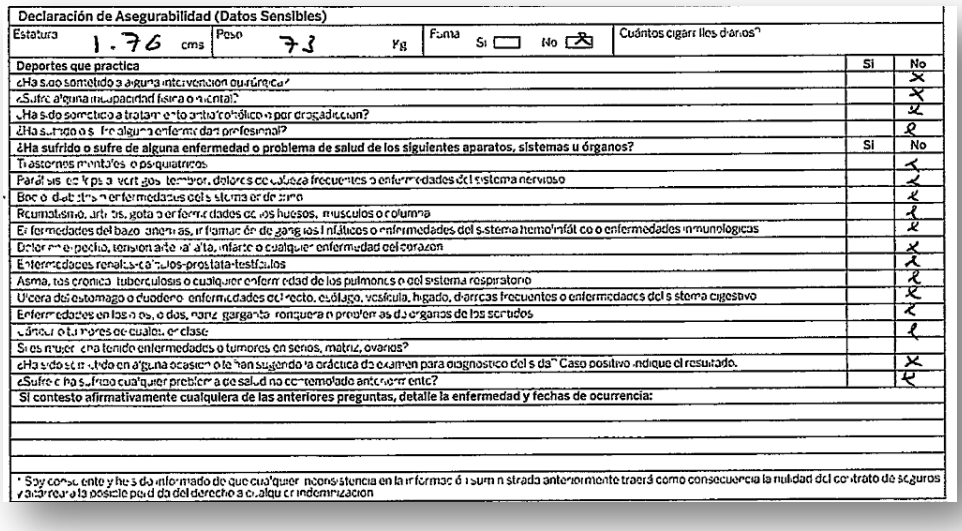
AL HECHO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es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

Sin embargo, una vez analizadas las pruebas documentales obrantes en el plenario del proceso, se observa que es cierto según la certificación de productos bancarios aportada que, el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, adquirió la obligación crediticia con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., identificada con el número 0353-96-02258336, soportada por la póliza No. 021050000129764 con certificado No. 0013-0353-87-4001219610, por lo anterior, es importante aclarar que si bien es cierto la existencia de una póliza que respaldó la obligación No. 0353-96-02258336, lo cierto es que corresponde a la Póliza No. 021050000129764 de Seguro de Vida Deudores y no al número de póliza manifestado por el accionante. Por lo anterior, es errónea la póliza que aduce la parte demandante.

Por otro lado, es cierto que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, tomó la Póliza No. 02 105 0000129764 de Seguro de Vida Grupo Deudores con certificado 0013-0353-87-4001219610, la cual respaldaba la obligación No. 00130353009602258336. Sin embargo, desde ya el Despacho deberá considerar que dicho seguro no podrá afectarse comoquiera que, para la fecha en la cual el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado las respondió negativamente, aún cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ conocía de sus padecimientos de salud, negó la existencia de sus antecedentes o padecimientos previos, enfermedades, patologías o padecimientos diagnosticados con anterioridad al mes de julio del año 2022. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 29 de julio de 2022.**



Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura 1.76 cms | Peso 73 Kg | Fuma Si ☐ No ☒ | Cuántos cigarrillos diarios?

Deportes que practica	Si	No
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Ha sido sometido a tratamiento psiquiátrico o por drogadicción?		X
¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad profesional?		X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?	**Si**	**No**
Trastornos mentales o psiquiatricos		X
Parálisis de tipo ataques temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso		X
Bocio o desbalance enfermedades del sistema endocrino		X
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, musculos o columna		X
Enfermedades del bazo anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunologicas		X
Dolor en el pecho, tension arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazon		X
Enfermedades renales-cálculos-prostata-testículos		X
Asma, tos cronica tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio		X
Ulcera del estomago o duodeno enfermedades del recto, colágo, vesícula, higado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo		X
Enfermedades en los oidos, nariz garganta ronquera o problemas de organos de los sentidos		X
Cáncer o tumores de cualquier clase		X
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 diagnostico del SIDA? Caso positivo indique el resultado.		X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		X

Si contesto afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

* Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y además la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del seguro. Debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocido el precario estado en que se encontraba el riesgo que se le quería trasladar, la Compañía de Seguros definitivamente se habría retraído de celebrar el contrato con el señor

VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Fractura de Maléolo Externo Izquierdo en el año 2019, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

AL HECHO 2: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 3: No es cierto. Una vez verificadas las pruebas documentales obrantes en el plenario del proceso junto con la información que registra en las bases de datos de mi representada, se constata que el día 08 de abril de 2024 se recibió solicitud de indemnización formal a través del

formato de presentación de indemnizaciones por parte del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, a fin de que fueran afectadas las pólizas que amparaban los productos financieros adquiridos por el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ con BANCO BBVA COLOMBIA S.A. Por lo anterior, es importante aclarar que la fecha que señala el accionante correspondiente al 05 de febrero de 2024 fue un derecho de petición que en ningún caso puede entenderse como solicitud de afectación del amparo de Póliza, antes del 08 de abril de 2024 no existió solicitud formal alguna.

Cabe precisar que si bien en el plenario se visualiza el escrito de derecho de petición que se relaciona en este hecho data del 05 de febrero de 2024, con el mismo no se aporta una constancia de radicación la cual indique que en efecto dicha solicitud fue radicada en la misma fecha de emisión ante mi procurada.

AL HECHO 4: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, referente a la solicitud de indemnización realizada por el Señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ ante la aseguradora, se constata que el día 08 de abril de 2024 se recibió solicitud de indemnización por parte del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, a fin de que fueran afectadas las pólizas que amparaban los productos financieros adquiridos por el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ con BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

AL HECHO 5: Es cierto. No es cierto. Frente al primer punto, es decir frente a la respuesta proporcionada el 12 de abril de 2024 se destaca que en respuesta a la solicitud de indemnización identificada como siniestro VGDB.32327, concerniente a la afectación de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. No. 02 105 0000129764 de Seguro de Vida Grupo Deudores con

certificado 0013-0353-87-4001219610, la cual se objetó el respectivo pago en el entendido que, de acuerdo con la Historia Clínica de emitida por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, se encontró que el señor VICTOR EDUARDO URBANO, tenía antecedentes de fractura de maléolo externo de acuerdo con historia clínica emitida el 01 de agosto de 2019, dicha respuesta fue clara y de fondo, mediante la cual se estableció lógica y jurídicamente las razones por las cuales no se podía acceder a la solicitud impetrada y se ratificaba la objeción inicialmente planteada. Hecho relevante que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

Seguidamente, frente a la afirmación que el accionante realiza de que la "situación no tiene nexo causal para la patología que me diagnosticaron" corresponde a apreciaciones subjetivas, así mismo, esta situación no tiene relevancia porque ya la corte en sentencia C232 de 1997, señaló que 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. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

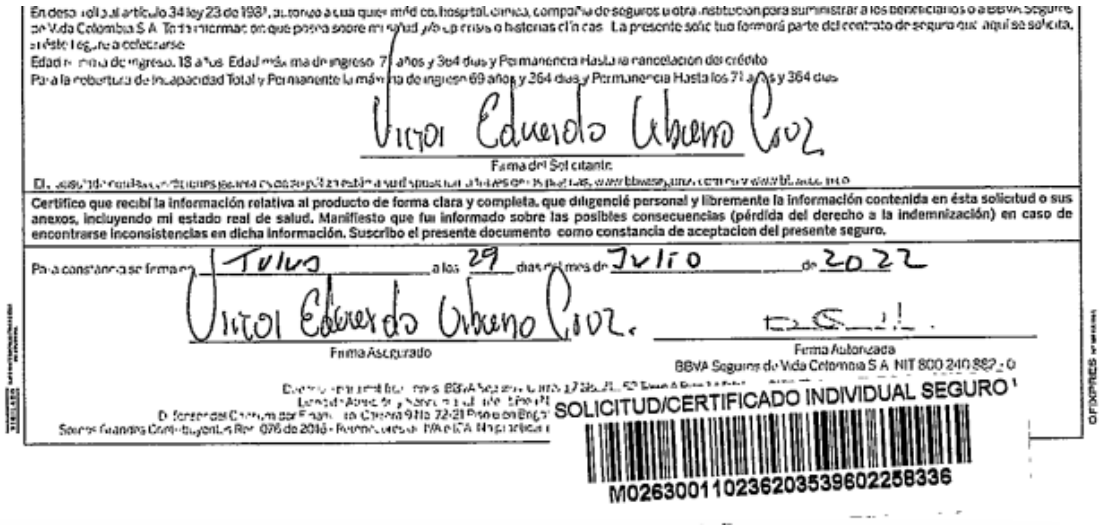
AL HECHO 6: Lo expuesto por el apoderado de la parte demandante no es un hecho sino apreciaciones subjetivas. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, aprovecha el suscrito la oportunidad para desvirtuar a partir de este momento lo allí expuesto:

- **Frente a la ubérrima buena fe.**

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. Pese a ello, en el caso concreto no se puede presumir que el actuar del señor VICTOR EDUARDO URBANO haya estado revestido de buena fe, habida cuenta que, aun conociendo sus padecimientos, decidió no ponerlos en conocimiento de la aseguradora, aun cuando en la declaración de asegurabilidad declaro conocer las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en la información allí plasmada.

Tanto es así que dispuso su firma dos (2) veces en dicha declaración, y una de ellas concierne a la constancia de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa:


Edad máxima de ingreso. 18 años Edad máxima de ingreso 70 años y 364 días y Permanencia Hasta la cancelación del crédito
Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente la máxima de ingreso 69 años y 364 días y Permanencia Hasta los 70 años y 364 días
Victor Eduardo Urbano Cruz
Firma del Solicitante
Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.
Para constancia se firma en Tuluá a los 29 días del mes de Julio de 2022
Victor Eduardo Urbano Cruz.
Firma Asegurado
Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882-0
SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO
M026300110236203539602258336

Documento: SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA – DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

Transcripción parte esencial: *"Certifico que* ***recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la***

> ***información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información****. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro."* – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Es desacertado lo que afirma en este caso, ya que tuvo la oportunidad de informar a la aseguradora sobre su padecimiento de enfermedades óseas. Por cuanto cabe recordar que en el año 2019 sufrió una fractura del maléolo externo, y, en la declaración de asegurabilidad se le consultó expresamente acerca de problemas en los huesos, padecimiento o antecedente que no informó.

AL HECHO 7: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora puesto que se sale de su giro ordinario en cuanto a las actividades principales y que habitualmente realiza. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 9: Lo expuesto por el apoderado de la parte demandante no es un hecho sino apreciaciones subjetivas. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES PRINCIPALES

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, pues si bien el contrato

existió y estuvo vigente hasta el 28 de agosto de 2024, lo cierto es que no puede y/o exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- *Nulidad del contrato de seguro:* Es claro que el señor VICTOR EDUARDO URBANO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus patologías y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los antecedentes del Señor VICTOR EDUARDO URBANO con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

  En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor VICTOR EDUARDO URBANO 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 peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión elevada por la parte demandante, lo anterior, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a la pretensión en precedencia y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al

extremo pasivo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión elevada por la parte demandante, lo anterior, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a la pretensión en precedencia y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, pues no es jurídicamente viable pretender y/o exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- *Nulidad del contrato de seguro:* Es claro que el señor VICTOR EDUARDO URBANO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus patologías y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los antecedentes del Señor VICTOR EDUARDO URBANO con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

  En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la

reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor VICTOR EDUARDO URBANO 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 peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto el juramento estimatorio presentado por la parte demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso.

En primer lugar, no puede obviarse que el señor VICTOR EDUARDO URBANO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los antecedentes con anterioridad al perfeccionamientode su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Así pues, en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias de mayor o menor relevancia que determinan el riesgo moral o subjetivo y el riesgo objetivo, las cuales están llamadas, según el caso, a influir sobre el juicio del asegurador de tal manera que en la medida en que sean relevantes y se omitan, o las mismas no correspondieran a la realidad, el contrato estará sujeto a la sanción legal que establece el precitado artículo 1058, y por ende, la compañía de seguros podrá aducirla como causal exonerativa de su responsabilidad de cumplir con la prestación contenida en el respectivo negocio jurídico, una vez perfeccionada la correspondiente reclamación.

Finalmente, sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada y únicamente en el remoto e hipotético evento en el Despacho considere que sí se debe hacer efectiva la póliza materia de litigio, de todos modos, deberá tomar en consideración que el único beneficiario a título oneroso del contrato de seguro es BANCO BBVA COLOMBIA S.A. En consecuencia, no es jurídicamente viable declarar que la Compañía de Seguros debe pagarle rubro alguno a la parte demandante, pues se reitera, el único beneficiario a título oneroso del Seguro de Vida Grupo Deudores es la entidad financiera BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. FALTA DE COBERTURA MATERIAL POR TRATARSE DE UN DICTAMEN NO EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN HABILITADA SEGÚN LA PÓLIZA.

Es importante que esta Delegatura tenga en consideración que se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza, al no aportarse Dictamen expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues contractualmente se estipulo que para afectar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente de la asegurado, se debía aportar calificación de pérdida de

capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente, sin embargo, en el presente caso se allega calificación emitida por Solmedic Integral SAS, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente acceder a las pretensiones del extremo actor.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma, como se explica que, al suscribir el contrato de seguro respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos y no otorgar otros. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza:

> *ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir* ***todos o algunos*** *de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.*

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

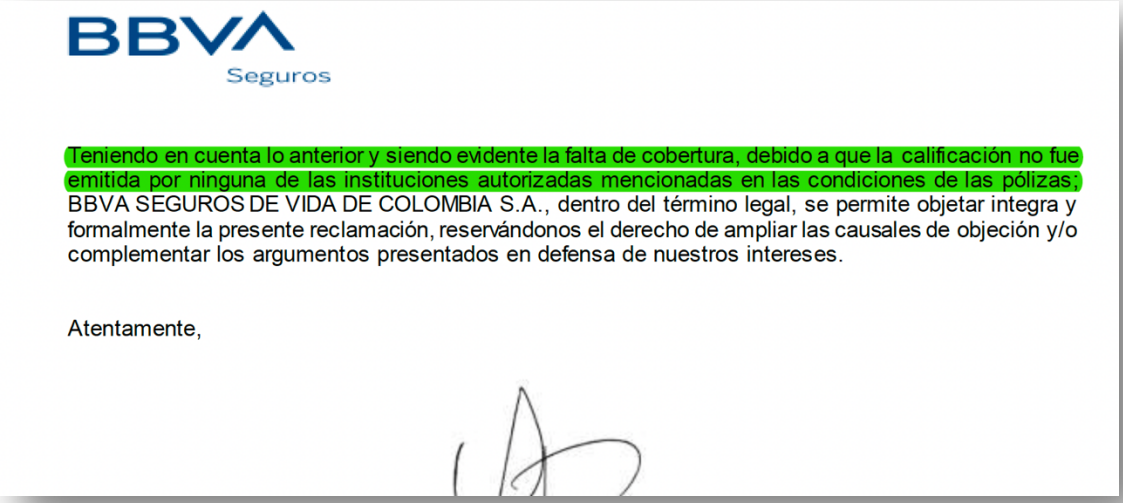
> *"(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento "de un principio común aplicable*

a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual ***se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado".***[1]
(Subrayado y negrilla fuera del texto"

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos. En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma trasversal en el documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación indemnizatoria a mi poderdante, como quiera que la póliza no presta cobertura material. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que de la mera lectura de las condiciones de la póliza de seguro se entiende que allí se amparó el riesgo siempre que el asegurado allegara dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por autoridad competente, las cuales eran: Fondo De Pensiones, ARL, EPS Junta Regional O Nacional de Calificación de Invalidez, lo cual no ocurre en el caso en concreto, puesto que se aportó una calificación emitida por Solmedic SAS, entidad que no se encontraba autorizada conforme a lo contractualmente pactado, por lo que, la Aseguradora no podrá ser llamada a reconocer pago alguno con cargo a las pólizas objeto de litigio.

Ahora bien, es importante mencionar que lo anteriormente dicho fue puesto de presente a la asegurada en la comunicación remitida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA el día 06 de diciembre de 2022, a saber:

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00



BBVA
Seguros

Teniendo en cuenta lo anterior y siendo evidente la falta de cobertura, debido a que la calificación no fue emitida por ninguna de las instituciones autorizadas mencionadas en las condiciones de las pólizas; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar integra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Atentamente,

En conclusión, se encuentra patente la falta de cobertura material de las pólizas grupo vida deudores número 5020 que amparó la obligación número 1705, así como también la número 8385 que amparó la obligación 2976 y el seguro que amparaba la tarjeta de crédito, en virtud de que no se cumplen las condiciones pactadas contractualmente para que surga así la obligación condicional a cargo de mi representada, lo cual es totalmente valido en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio el cual consagra la posibilidad de que, el asegurador a su arbitrio podrá asumir riesgos y establecer las condiciones para asumirlos, ahora bien, teniendo en cuenta que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por la señora Hernández no fue emitido por una entidad habilitado para ello, es claro que no mi representada no puede ser condenada, pues conforme a las condiciones de las pólizas, las instituciones autorizadas son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Solmedic Integral SAS, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente, por tal motivo es inviable afectar los Seguros de Vida Grupo Deudores.

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, el señor VICTOR EDUARDO URBANO, 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, 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 hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en este.

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****"*[2]*.* – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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. 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

[2] 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.

circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (Sentencia T - 196 de 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 por fuera de texto)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

> *"Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las "declaraciones de asegurabilidad" de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001,* ***se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo****.*
>
> *Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio."*[3] -(Subrayado por fuera de texto)

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

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

> *"Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía 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."*[4] - (Subrayado por fuera de texto)

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

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

[4] 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.

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.[5]" - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

"Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a

[5] 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.

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito *sine qua non* para la

declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.

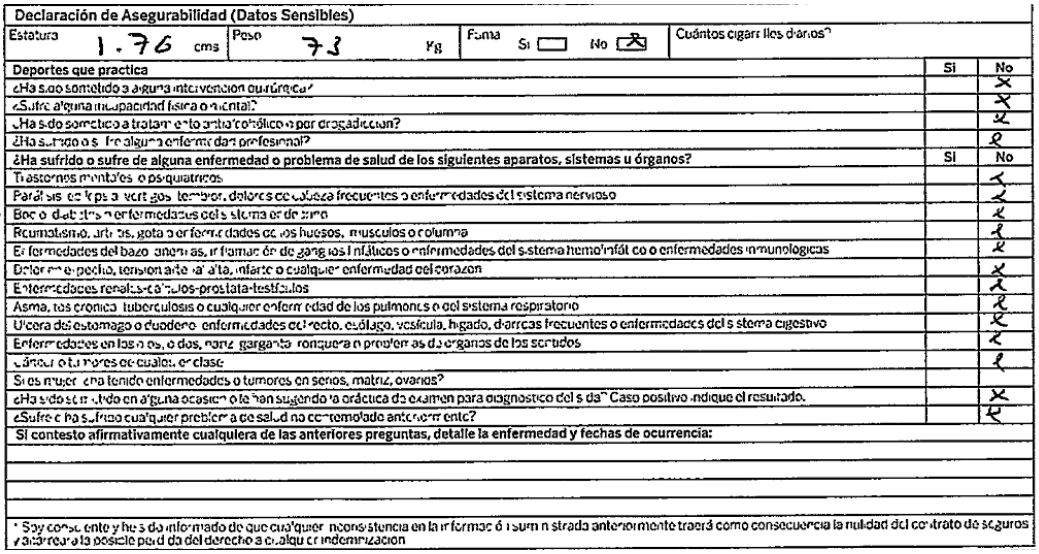
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 29 de julio de 2022, fecha en la cual el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en la cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado y que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 29 de julio de 2022.**



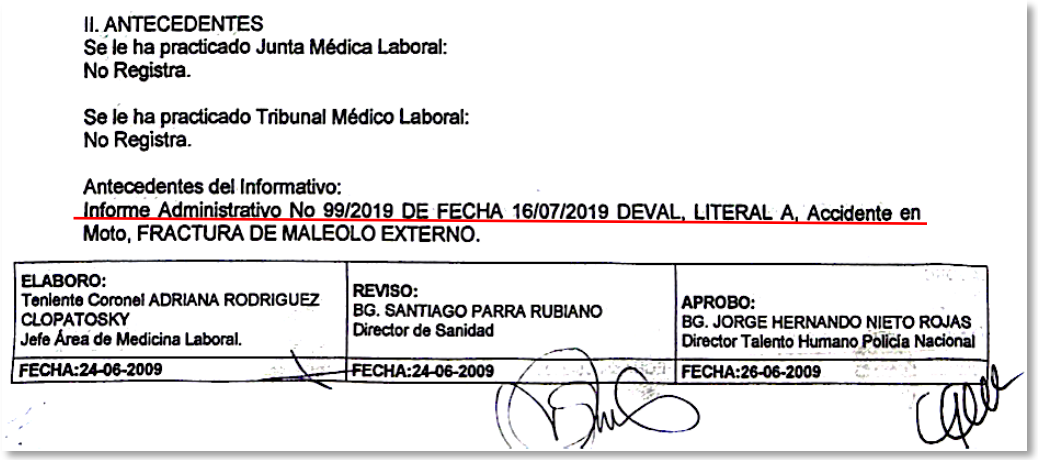
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				
Estatura 1.76 cms	Peso 73 Kg	Fuma Si ☐ No ☒	¿Cuántos cigarrillos diarios?	
Deportes que practica			**Si**	**No**
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?				X
¿Ha sido sometido a tratamiento médico o por drogadicción?				X
¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad profesional?				X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?			**Si**	**No**
Trastornos mentales o psiquiatricos				X
Parálisis de cualquier tipo, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso				X
Bocio o cualquier enfermedades del sistema endocrino				X
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna				X
Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunologicas				X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazon				X
Enfermedades renales-riñones-prostata-testículos				X
Asma, tos cronica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio				X
Ulcera del estomago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo				X
Enfermedades en los ojos, oidos, nariz, garganta, ronquera o problemas de organos de los sentidos				X
Cáncer o tumores de cualquier clase				X
Si es mujer ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?				
¿Ha sido examinado en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnostico del sida? Caso positivo indique el resultado.				X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				X
Si contesto afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				
* Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y ocasionará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización				

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el asegurado ha padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ es de gran importancia precisar cuáles son las enfermedades que padece y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del

artículo 1058 del Código de Comercio.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ no informó a mi representada que contaba con antecedentes en su salud, situación que fue reafirmada por la Junta Médico Laboral del grupo Medicinal Laboral Cauca, así se pasa a señalar las diferentes anotaciones médicas:

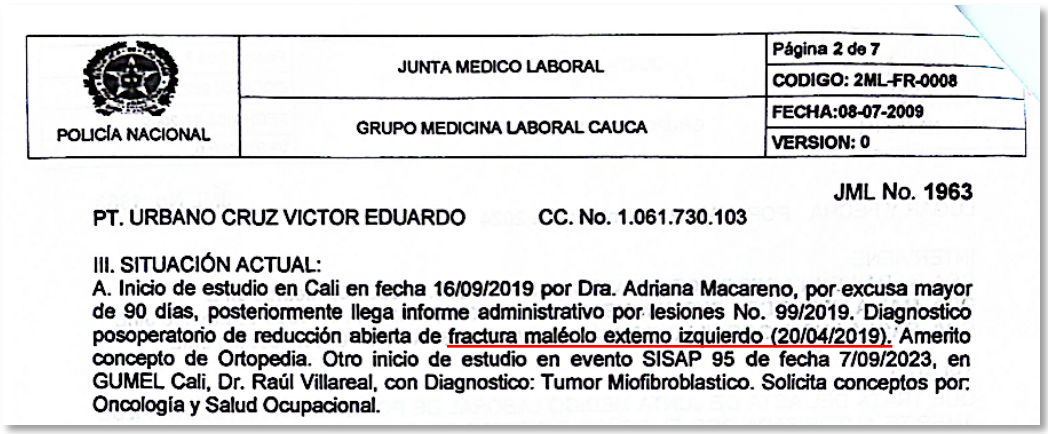


II. ANTECEDENTES
Se le ha practicado Junta Médica Laboral:
No Registra.

Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral:
No Registra.

Antecedentes del Informativo:
Informe Administrativo No 99/2019 DE FECHA 16/07/2019 DEVAL, LITERAL A, Accidente en Moto, FRACTURA DE MALEOLO EXTERNO.

ELABORO:	REVISO:	APROBO:
Teniente Coronel ADRIANA RODRIGUEZ CLOPATOSKY Jefe Área de Medicina Laboral.	BG. SANTIAGO PARRA RUBIANO Director de Sanidad	BG. JORGE HERNANDO NIETO ROJAS Director Talento Humano Policía Nacional
FECHA:24-06-2009	FECHA:24-06-2009	FECHA:26-06-2009

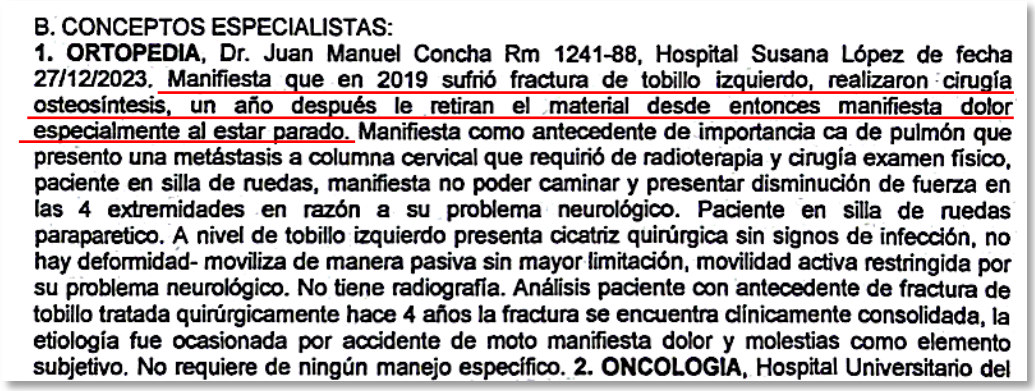


POLICÍA NACIONAL	JUNTA MEDICO LABORAL	Página 2 de 7
		CODIGO: 2ML-FR-0008
	GRUPO MEDICINA LABORAL CAUCA	FECHA:08-07-2009
		VERSION: 0

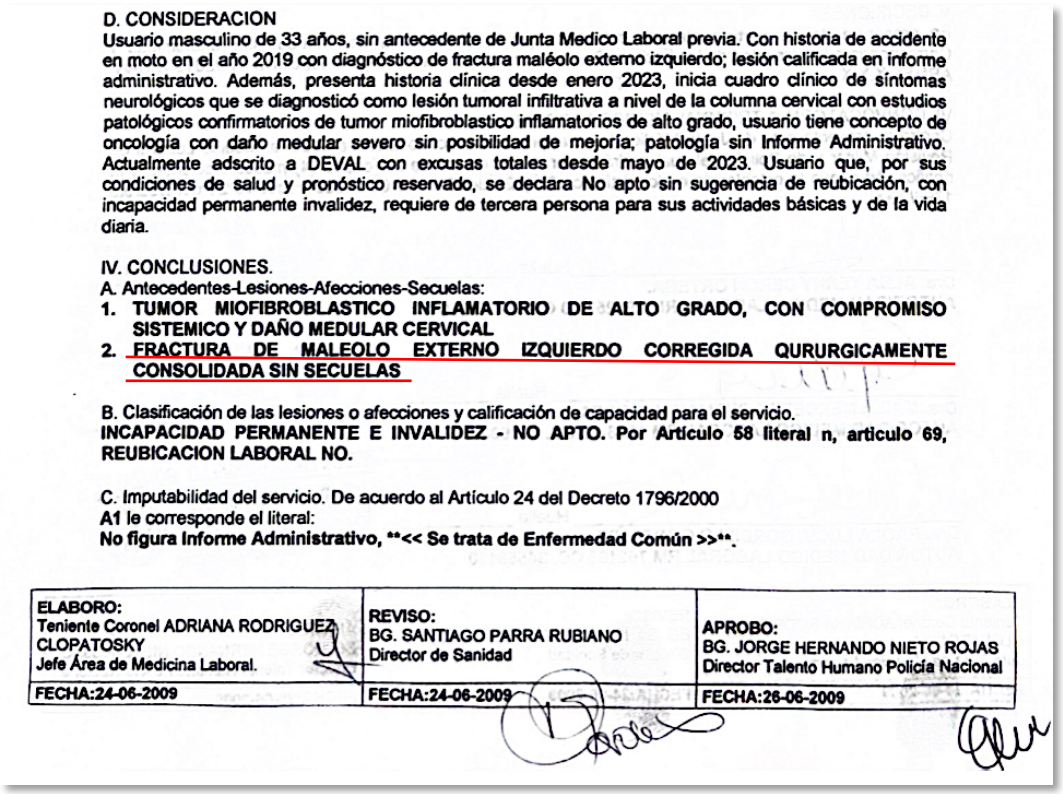
JML No. 1963

PT. URBANO CRUZ VICTOR EDUARDO CC. No. 1.061.730.103

III. SITUACIÓN ACTUAL:
A. Inicio de estudio en Cali en fecha 16/09/2019 por Dra. Adriana Macareno, por excusa mayor de 90 días, posteriormente llega informe administrativo por lesiones No. 99/2019. Diagnostico posoperatorio de reducción abierta de fractura maléolo externo izquierdo (20/04/2019). Amerito concepto de Ortopedia. Otro inicio de estudio en evento SISAP 95 de fecha 7/09/2023, en GUMEL Cali, Dr. Raúl Villareal, con Diagnostico: Tumor Miofibroblastico. Solicita conceptos por: Oncología y Salud Ocupacional.



B. CONCEPTOS ESPECIALISTAS:
1. ORTOPEDIA, Dr. Juan Manuel Concha Rm 1241-88, Hospital Susana López de fecha 27/12/2023. Manifiesta que en 2019 sufrió fractura de tobillo izquierdo, realizaron cirugía osteosíntesis, un año después le retiran el material desde entonces manifiesta dolor especialmente al estar parado. Manifiesta como antecedente de importancia ca de pulmón que presento una metástasis a columna cervical que requirió de radioterapia y cirugía examen físico, paciente en silla de ruedas, manifiesta no poder caminar y presentar disminución de fuerza en las 4 extremidades en razón a su problema neurológico. Paciente en silla de ruedas paraparetico. A nivel de tobillo izquierdo presenta cicatriz quirúrgica sin signos de infección, no hay deformidad- moviliza de manera pasiva sin mayor limitación, movilidad activa restringida por su problema neurológico. No tiene radiografía. Análisis paciente con antecedente de fractura de tobillo tratada quirúrgicamente hace 4 años la fractura se encuentra clínicamente consolidada, la etiología fue ocasionada por accidente de moto manifiesta dolor y molestias como elemento subjetivo. No requiere de ningún manejo específico. **2. ONCOLOGIA**, Hospital Universitario del



D. CONSIDERACION
Usuario masculino de 33 años, sin antecedente de Junta Medico Laboral previa. Con historia de accidente en moto en el año 2019 con diagnóstico de fractura maléolo externo izquierdo; lesión calificada en informe administrativo. Además, presenta historia clínica desde enero 2023, inicia cuadro clínico de síntomas neurológicos que se diagnosticó como lesión tumoral infiltrativa a nivel de la columna cervical con estudios patológicos confirmatorios de tumor miofibroblastico inflamatorios de alto grado, usuario tiene concepto de oncología con daño medular severo sin posibilidad de mejoría; patología sin Informe Administrativo. Actualmente adscrito a DEVAL con excusas totales desde mayo de 2023. Usuario que, por sus condiciones de salud y pronóstico reservado, se declara No apto sin sugerencia de reubicación, con incapacidad permanente invalidez, requiere de tercera persona para sus actividades básicas y de la vida diaria.

IV. CONCLUSIONES.
A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas:
1. **TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATORIO DE ALTO GRADO, CON COMPROMISO SISTEMICO Y DAÑO MEDULAR CERVICAL**
2. **FRACTURA DE MALEOLO EXTERNO IZQUIERDO CORREGIDA QURURGICAMENTE CONSOLIDADA SIN SECUELAS**

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad para el servicio.
INCAPACIDAD PERMANENTE E INVALIDEZ - NO APTO. Por Artículo 58 literal n, articulo 69, REUBICACION LABORAL NO.

C. Imputabilidad del servicio. De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/2000
A1 le corresponde el literal:
No figura Informe Administrativo, **<< Se trata de Enfermedad Común >>.**

ELABORO:	REVISO:	APROBO:
Teniente Coronel ADRIANA RODRIGUEZ CLOPATOSKY Jefe Área de Medicina Laboral.	BG. SANTIAGO PARRA RUBIANO Director de Sanidad	BG. JORGE HERNANDO NIETO ROJAS Director Talento Humano Policía Nacional
FECHA:24-06-2009	FECHA:24-06-2009	FECHA:26-06-2009

En múltiples partes de la historia laboral presentada por la Junta Médico Laboral del Grupo de Medicina Laboral del Cauca se documenta que en el año 2019, como resultado de un accidente de moto, sufrió una fractura del maléolo externo. Este evento no solo tuvo repercusiones inmediatas,

sino que, además, ha seguido generándole problemas en su salud a lo largo del tiempo. Es importante destacar que, en la historia clínica, se señala que "desde entonces manifiesta dolor, especialmente al estar parado", lo que resalta la gravedad de su condición y su impacto en su calidad de vida. Aunado a la crítica por no haber revelado esta información en el momento adecuado, es esencial considerar cómo esta lesión ha afectado su desempeño y bienestar posteriormente. Esto implica que ya contaba con antecedentes médicos antes de la contratación de la póliza, lo cual es fundamental para la evaluación del riesgo por parte de la aseguradora. La fractura del maléolo externo, ocurrida en 2019, no solo refleja un problema de salud preexistente, sino que también sugiere la necesidad de ser completamente transparente al momento de declarar su estado de salud. Esta información es esencial para determinar la validez de la cobertura y las condiciones bajo las cuales fue emitida la póliza.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual ***(i)*** que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ ya contaba con antecedentes con anterioridad al mes de julio de 2022, y ***(ii)*** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste 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. La historia laboral presentada por la Junta Médico Laboral del Grupo de Medicina Laboral del Cauca menciona en varias secciones que, a raíz de un accidente de moto en 2019, sufrió una fractura del maléolo externo. Este incidente no solo tuvo consecuencias inmediatas, sino que ha continuado afectando su salud a largo plazo. En la historia clínica se menciona que "desde entonces manifiesta dolor, especialmente al estar parado", lo que enfatiza la seriedad de su estado y su repercusión en su vida diaria. Además de la crítica por no haber revelado esta condición de manera oportuna, es crucial evaluar cómo esta lesión ha influido en su desempeño laboral y en su bienestar general.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia

consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, 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 (C-232 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 por fuera de texto)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, 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 aspectos 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. Expresamente se le preguntó al entonces asegurado, lo siguiente:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(…)

- *¿HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?* *(NO)*

- *¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA?* *(NO)*

- *¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL**?*** *(NO)*

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

DOCUMENTO: *Declaración de asegurabilidad - Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000129764*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente que a pesar de que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ contaba con antecedentes previos relativas a enfermedades en los huesos a la declaración, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba sobre alguna intervención, así como que se indagó sobre enfermedades en los huesos.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ padecía y conocía de la existencia de su fractura del maléolo externo. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varios de los padecimientos, patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

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 VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aún, cuando sus patologías y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

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

Si bien la parte actora pretende tratar de endilgar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, 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, pues ciertamente la jurisprudencia se ha decantado por expresar que ésta no es una obligación a cargo de la asegurado.

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 Código de Comercio 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 Código de Comercio. Al respecto, el artículo 1158 del referido código 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, la Corte Constitucional en Sentencia T - 058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

> *"Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.*
>
> *De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la*

celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico[6]*.*

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales[7]*. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer*[8]*". -* (Subrayado por fuera de texto)

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

[6] 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."

[7] Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

[8] 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.

> *"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."*[9] - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[10], 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*

[9] Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.
[10] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

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

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 por fuera de texto)

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no

puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (…)"[11] (Subrayado por fuera de texto).

No puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C - 232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del Código de Comercio, explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con 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

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

> *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 por fuera de texto)

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.

Así las cosas, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora el efectuar exámenes médicos al señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que

busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

4. NO ES NECESARIA LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA INFORMACIÓN NO DECLARADA O LA INEXACTITUD Y LA CAUSA DEL SINIESTRO

Aun cuando los demandantes consideran vetustos los preceptos normativos que regulan el sector aseguraticio, de ninguna manera puede interferir con la línea jurídica de aplicación que se ha mantenido hasta la fecha, habida cuenta que en Colombia es factible señalar mediante la ley, jurisprudencia y doctrina que, no es necesaria la relación causal entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa o anulabilidad del contrato.

Dicho de otra manera, una puede ser la razón u origen de la patología que ocultó el asegurado para concurrir a celebrar el contrato y otra sustancialmente diferente la causa del siniestro, para que de todas manaras aflore la sanción de nulidad relativa del contrato, como quien oculta un problema cardíaco y luego de celebrado el contrato de seguro, fallece por un accidente de tránsito, caso en el cual, indefectiblemente una vez atendida la carga probatoria que cobija a la aseguradora, se producirán los efectos de la nulidad relativa del contrato.

En palabras del tratadista Andrés Ordoñez:

> *"surge con frecuencia la pregunta de si las sanciones derivadas de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo solamente proceden en la medida en que el siniestro que afecta la cobertura del seguro esté relacionada con ellas, o si, por el contrario, esas sanciones proceden independientemente de la causa que haya dado lugar al siniestro. Frente a la legislación colombiana, es*

indudable que ocurre esto último. Definitivamente el artículo 1058 C. Co., no exige en ningún momento que esa relación exista para que se produzca la nulidad del contrato o la reducción de la prestación del asegurador, como consecuencias características de la inexactitud o reticencia relevantes en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador."

Asimismo, la Corte Constitucional al respecto de la relación de causalidad ha manifestado lo siguiente:

"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 sostiene 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."[12]

En consecuencia, para el presente caso, se configura la sanción consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio así la causa de deceso del asegurado, el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, haya sido distinta a los antecedentes patológicas omitidos en la declaración de asegurabilidad.

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

Ahora, pese a que se alega que no se encuentra demostrada la mala fe del señor VICTOR

[12] Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

EDUARDO URBANO CRUZ por parte del accionante, lo cual a su considerar es un punto fundamental para declarar la nulidad del contrato de seguro, resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito *sine qua non* para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

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

> *distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro"*[13]. - (Subrayado por fuera de texto)

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[14], 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».* - (Subrayado por fuera de texto)

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

[13] 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.
[14] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

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

con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio*".* (Subrayado 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 Código de Comercio 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 el 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 VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ 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. PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

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

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

(…)

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

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

8. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que

se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

> *"**ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.** La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La prescripción ordinaria **será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción**.*
>
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*
>
> *Estos términos no pueden ser modificados por las partes."* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento."[15] (Subrayado fuera del texto original)

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

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

9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del Código General del Proceso

[15] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

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 Código de Comercio).

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

V. EXCEPCIONES DE MERITO 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 Despacho considere que mi representada 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 Despacho considere que mi representada 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 estructuración de la 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.[20] *(…)*

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.*[21] *(…)*

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 bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. **9616951297. 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.

[20] Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014
[21] Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en 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.

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ que se relaciona con el crédito No. 00130353009602258336.

1.2. Comunicación expedida por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**. el día 11 de septiembre de 2024, mediante la cual objeta el pago de la reclamación No. VGDB-32327.

1.3. Comunicación expedida por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**. el día 12 de abril de 2024, mediante la cual objeta el pago de la reclamación No. VGDB-32327.

1.4. Derecho de petición elevado a ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD OCCIDENTAL DE SALUD S.A.E.S.O.S (E.P.S.S.O.S).

1.5. Derecho de petición elevado al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA E.S.E.

1.6. Derecho de petición elevado a la CLINICA DIRECCIÓN DE SANIDAD POLÍCIA NACIONAL.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ**, 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.

La señora VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

3.1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del Código General del Proceso, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ.

4. TESTIMONIALES

4.1. Solicito se sirva citar 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 VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ. 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 VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el 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 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com.

4.2. .Sirvase citar y hacer comparecer a la Doctora JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ. 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 VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio

El testigo podrá ser citado en la Carrera 9 No. 72-21, piso 8 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico juliealexandra.triana@bbva.com, teléfono 601-3471600.

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del Código General del Proceso, se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá D.C.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como "*un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.*"; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del Código General del Proceso, se sirva ordenar al demandante para que exhiba la Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2024, del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la póliza; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 de Bogotá, desde el año 2000 hasta el año 2024.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 27 de febrero de 2024 del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 (Acta de Junta Médico Laboral No. 1963)
- Informe la fecha en que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y pérdidas de capacidad previas que del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL** puede ser notificado en la Calle 44 No. 50- 51 de Bogotá o en la dirección electrónica: disan.labcli@policia.go

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica, así como

también, los dictámenes que lo han calificado en fechas anteriores. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **POLICÍA NACIONAL** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Certificación en la que se indique con certeza y precisión las fechas en las cuales el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 ha estado vinculado laboralmente con esta entidad. Desde su primera vinculación hasta la última de la que se tenga registro.
- Certificación en la que se indique el estado actual de la vinculación del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ.
- Certificación en la que se informe acerca de las reubicaciones que haya tenido el Demandante VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ
- Certificación en la que se precise cuáles son las funciones que actualmente desempeña el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 en la Policía Nacional.
- Certificación en la que se confirme cual es la modalidad del contrato que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ tiene actualmente con la Policía Nacional

El propósito de la exhibición de estos documentos, es que resulta necesario conocer los documentos mencionados a efectos de determinar la existencia del presunto siniestro. Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Policía Nacional como entidad que vinculó al señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ como quiera que a la fecha aún se encuentra vinculado, se requiere conocer el estado actual de su vinculación con la Policía Nacional.

La Policía Nacional podrá ser notificada en la Carrera 59 26-21 CAN, Bogotá – Colombia, o en la dirección electrónica: detol.coman@policia.gov.co

5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S.** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, entre los años 2000 a 2024.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, 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. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S.O.S.. puede ser notificada en la Carrera 56ª No. 11ª - 88, en la ciudad de Bogotá D.C., y a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@sos.com.co.

5.5. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a la **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA S.E.S**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ correspondiente al periodo del año 2000 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ 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. El HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA E.S.E. puede ser notificada en la Calle 5 # 36-08 de la Ciudad Santiago de Cale, Valle del Cauca, Colombia, y a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@correohuv.gov.co.

6. OFICIOS

6.1. . De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL Copia íntegra de la Historia Clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, desde el año 2000 hasta el año 2024; Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 27 de febrero de 2024 del señor Victor EDUARDO Urbano Cruz (Acta de Junta Médico Laboral 1963; Informe la fecha en que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar la PCL previa y las patologías y antecedentes que del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZsufrió 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 **DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL** puede ser notificado en la Calle 44 No. 50- 51 de Bogotá o en la dirección electrónica: disan.labcli@policia.go

6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a LA POLICÍA NACIONAL Certificación en la que se indique con certeza y precisión las fechas en las cuales el señor VICTOR ha estado vinculado laboralmente con esta entidad. Desde su primera vinculación hasta la última de la que se tenga registro; Certificación en la que se indique el estado actual de la vinculación del señor VICTOR EDUARDO; Certificación en la que se informe acerca de las reubicaciones que haya tenido el Demandante VICTOR; Certificación en la que se precise cuales son las funciones que actualmente desempeña el señor VICTOR en la Policía Nacional; Certificación en la que se confirme cual es la modalidad del contrato que el señor VICTOR tiene actualmente con la Policía Nacional

El propósito de la exhibición de estos documentos, es que resulta necesario conocer los documentos mencionados a efectos de determinar la existencia del presunto siniestro. Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Policía Nacional como entidad que vinculó al señor VICTOR y como quiera que a la fecha aún se encuentra vinculado, se requiere conocer el estado actual de su vinculación con la Policía Nacional. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

La Policía Nacional podrá ser notificada en la Carrera 59 26-21 CAN, Bogotá Colombia, o en la dirección electrónica: lineadirecta@policia.gov.co

6.3. .De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie aL ministerio de Defensa.

PRIMERO: Certificación en la que se indique con certeza y precisión las fechas en las cuales el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 de Bogotá ha estado vinculado laboralmente con esta entidad. Desde su primera vinculación hasta la última de la que se tenga registro. **SEGUNDO:** Certificación en la que se indique el estado actual de la vinculación del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 de Bogotá. **TERCERO:** Certificación en la que se informe acerca de las reubicaciones que haya tenido el Demandante VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 de Bogotá **CUARTO:** Certificación en la que se precise cuales son las funciones que actualmente desempeña el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 de Bogotá, en la Policía Nacional. **QUINTO:** Certificación en la que se confirme cual es la modalidad del contrato que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1061730103 de Bogotá, tiene actualmente con la Policía Nacional o el Ministerio de Defensa.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es que resulta necesario conocer los documentos mencionados a efectos de determinar la existencia del presunto siniestro. Los mencionados documentos se encuentran en poder del Ministerio de Defensa como ministerio al que presta funciones el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ y como quiera que a la fecha aún se encuentra vinculado, se requiere conocer el estado actual de su vinculación con la Policía Nacional o con el Ministerio de Defensa. 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 ministerio de Defensa podrá ser notificado en la Carrera 54 Nº 26 – 25 CAN o en la dirección electrónica tribunalmedico@mindefensa.gov.co

6.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S.O.S**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ correspondiente al periodo que va desde el año 2018 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S.O.S.. puede ser notificada en la Carrera 56ª No. 11ª - 88, en la ciudad de Bogotá D.C., y a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@sos.com.co.

6.5. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL**

VALLE EVARISTO GARCÍA S.E.S, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. El HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA E.S.E. puede ser notificada en la Calle 5 # 36-08 de la Ciudad Santiago de Cale, Valle del Cauca, Colombia, y a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@correohuv.gov.co.

6.6. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **CLINICA DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió

el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La CLINICA DIRECIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL puede ser notificada en la Calle 32ª No. 12 – 50 Campo Bello de la Ciudad Santiago de Cale, Valle del Cauca, Colombia, y a través del correo electrónico disan.asjur-tutelas@policia.gov.co y, disan.asjur-judicial@policia.gov.co.

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarifación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) Que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías del señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ 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 señor VICTOR EDUARDO URBANO CRUZ era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para

determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del Código Comercio 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 Código General del Proceso que dispone: *"Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días"*. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un (1) mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas (ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S.O.S., HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA E.S.E., CLÍNICA DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL) 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 salud mencionadas 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.

VII. ANEXOS

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

VIII. NOTIFICACIONES

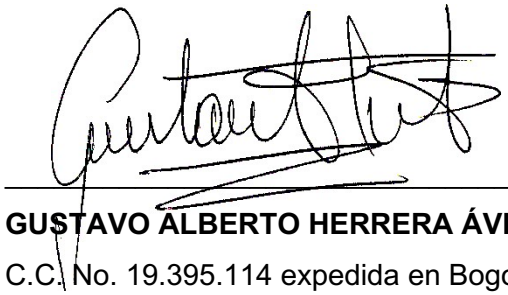
- El suscrito en la Calle 11a No. 94 - 23, Oficina 201, en la ciudad de Bogotá D.C.

Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

- Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C.
  Correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

- La parte demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.
T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.