

Señores

JUZGADO CINCUENTA (50) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ.

cmpl50bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL.
RADICADO: 11001400305020240109500.
DEMANDANTE: MARIA LUISA TREJOS GARCÍA
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, identificada con NIT No. 800.240.882-0, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que se aporta con el presente documento, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar la **CONTESTACIÓN DE LA REFORMA A LA DEMANDA** formulada por María Luisa Trejos García en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO “3.1”: No me consta, la existencia de la obligación identificada con número **9621427756, el juzgado debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO “3.2”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente,

conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “3.3”. ES CIERTA, la existencia de la póliza No. 02 261 0000032343, la cual amparó la obligación No. **7756 frente a los riesgos de muerte y de incapacidad total y permanente. No obstante, debe mencionarse desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, para el 10 de diciembre de 2020, fecha en la cual la señora María Luisa Trejos 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 pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia hipertensión, apnea del sueño y artrosis. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas de la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles) | | | SI | No | | | |
|---|------|----|------|----|----|---|--|
| Estatura | 1.61 | cm | Peso | 50 | Kg | | |
| ¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatia? | | | | | | ✓ | |
| ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? | | | | | | ✓ | |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? | | | | | | ✓ | |
| ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? | | | | | | ✓ | |
| ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? | | | | | | ✓ | |
| Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia: | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| * Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización | | | | | | | |

Documento: Solicitud /Certificado Individual de seguro.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora María Luisa Trejos García 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 la asegurada 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 la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que la asegurada 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 asegurándola.

FRENTE AL HECHO “3.4”. Es cierta la existencia de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343, que contemplaba los amparos Vida (muerte por cualquier causa) e Incapacidad Total y permanente, cada amparo cuenta con un valor asegurado de \$97.000.000. Sin embargo, no podrá afectarse la póliza en mención, pues la asegurada en el momento que solicitó su aseguramiento omitió declarar las patologías que padecía. Pues pese a la claridad de las preguntas contenidas en la declaración de asegurabilidad, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia hipertensión, apnea del sueño y artrosis. 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 la asegurada 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 la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que la asegurada 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 asegurándola.

FRENTE AL HECHO “3.5”. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No es cierto que el contrato de seguro se haya dado sin que la señora Maria Luisa Trejos se enterara de ello, puesto que en el mes de diciembre de 2020 la demandante diligenció el documento denominado “Solicitud/Certificado individual de seguro”, en cuyo cuerpo plasmó sus datos personales y su firma, como confirmación de que le había sido suministrada información clara y precisa sobre el producto que estaba tomando.

x M^{ca} Luisa Trejos S.
Firma del Solicitante

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

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

Para constancia se firma en PEREIRA a los 1 días del mes de Diciembre de 2020.

~ M^{ca} Luisa Trejos S.
Firma del Solicitante

D. O. S. L.
Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Director para notificaciones, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71-57 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Documento: Solicitud/Certificado individual de seguro.

Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa..."

- No me consta lo narrado respecto a la conversación sostenida por la señora Trejos, pues se trata de una circunstancia que pertenece a su esfera personal. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO "3.6". No es cierto lo aquí narrado, puesto que, en el mes de diciembre de 2020, la demandante diligenció el documento denominado "Solicitud/Certificado individual de seguro", con el cual solicitó su el aseguramiento. Así mismo, como se advierte en el contenido de la declaración de asegurabilidad que se aporta como prueba, en dicho documento relacionó sus datos personales y su doble firma, como confirmación de que le había sido suministrada información clara y precisa sobre el producto que estaba tomando.

x M^{ca} Luisa Trejos S.
Firma del Solicitante

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

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

Para constancia se firma en PEREIRA a los 1 días del mes de Diciembre de 2020.

~ M^{ca} Luisa Trejos S.
Firma del Solicitante

D. O. S. L.
Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Director para notificaciones, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71-57 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Documento: Solicitud/Certificado individual de seguro.

Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa..."

FRENTE AL HECHO "3.7". NO ES CIERTO, lo manifestado en este hecho, pues conforme al historial médico de la señora María Luisa Trejos, se puede observar que presenta diversas patologías con anterioridad a la suscripción de su póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, tales

como fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis, e incluso estas enfermedades se encontraban en tratamiento médico desde hacía varias décadas atrás, como en el caso de la Diabetes Mellitus.

Toda la información de su historial médico y las patologías padecidas por la señora Trejos fueron omitidas en su declaración de asegurabilidad, por lo que deberá entonces, en este caso darse aplicación a lo planteado en el artículo 1058 del C.Cio. y en tal sentido, declararse la nulidad por reticencia del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO “3.8”: No es cierto lo aquí manifestado, puesto que en numerales oportunos las Altas Cortes han indicado que no es obligación la realización de exámenes médicos para la suscripción de un contrato de seguro y que de hacerse, ello coartaría el principio de buena fe en el tomador que reviste este tipo de contratos.

FRENTE AL HECHO “3.9”. No es cierto, a la señora María Luisa Trejos se le entregó toda la información respecto de la póliza de seguro que respaldó su información, tan es así, que como prueba de ello, la hoy demandante plasmó su firma en el certificado individual de seguro.

| | |
|---|---|
| Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento, como constancia de aceptación del presente seguro. | |
| Para constancia se firma en <u>Pereira</u> a los <u>1</u> días del mes de <u>Diciembre</u> de <u>2020</u> . | |
|  Firma del Solicitante |  Firma Autorizada |
| Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71-57 Torre A Piso 12 Edificio 219 11 CD Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensoria.bbva.com.co Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983. | |

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.

Transcripción esencial: “Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa...Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (perdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento, como constancia de aceptación del presente seguro...”

FRENTE AL HECHO “3.10”. No se trata de un hecho, sino de una manifestación subjetiva y sin fundamento realizado por la parte actora. En todo caso, es importante aclarar que la señora María Luisa Trejos recibió información clara, verás y precisa respecto de su contrato de seguro, tan es así, que como prueba de ello, la hoy demandante plasmó su firma en el certificado individual de seguro.

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

Para constancia se firma en Pereira a los 1 días del mes de Diciembre de 2020.

[Firma]
Firma del Solicitante

[Firma]
Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 482 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71-57 Torre A Piso 17 Edificio 219 11 CO
Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.

Transcripción esencial: “Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa...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...”

FRENTE AL HECHO “3.11”. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No me consta que la señora Trejos haya pagado la cuota de su crédito de manera cumplida, 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.
- Es cierto que la señora Trejos a realizado el pago de la póliza de seguro. Sin embargo, dada la reticencia con la cual la hoy demandante suscribió su contrato de seguro, debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio y declarar la nulidad por reticencia de este negocio aseguratorio y aunado a ello, deberá tenerse en cuenta lo reglado en el artículo 1059 del mismo Código de Comercio y permitir a mi representada la retención de la totalidad de la prima a título de pena para la asegurada.

FRENTE AL HECHO “3.12”. Es cierto respecto a que la póliza se encontraba vigente hasta el día 09 de septiembre de 2024, fecha en la que se expidió el certificado que se allegó como prueba documental con el escrito de demanda. Sin embargo, dicha póliza no podrá ser afectada, pues el contrato debe ser declarado nulo dada la reticencia con la cual la señora Trejos realizó su declaración de asegurabilidad.

FRENTE AL HECHO “3.13”. Es cierto que la señora María Luisa Trejos fue calificada por COSMITET LTDA., con una PCL de 66.78%. Sin embargo, es importante aclarar que las patologías que sirvieron como base de su calificación, esto es, fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia hipertensión, apnea del sueño y artrosis, son enfermedades presentadas por la demandante desde antes de que se formalizara su aseguramiento el 10 de diciembre del 2020. y estas no fueron declaradas en el momento de suscribir

su declaración de asegurabilidad, sometiendo a engaño a mi representada, quien de haber conocido dicho historial médico se hubiere retraído de celebrar ese contrato de seguro o de hacerlo, lo habría pactado en condiciones más onerosas. En tal sentido, deberá darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio y se deberá declarar la nulidad por reticencia del contrato de seguro aquí discutido.

FRENTE AL HECHO “3.14”. No es cierto, lo aquí mencionado, puesto que este contrato debe ser declarado nulo, dado que la señora María Luisa Trejos ni declaró con sinceridad y exactitud sus padecimientos, incurriendo con dicha actitud en reticencia, la cual tiene como consecuencia la declaratoria de nulidad por reticencia del contrato de seguro, esto conforme al artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO “3.15”. No es cierto como se expresa. Si bien es cierto, la demandante radicó un aviso de siniestro ante mi representada. Lo cierto es que con ésta no se cumplió con las cargas establecidas en el artículo 1077 del Código de comercio. Aunado a lo anterior, tampoco podrá afectarse la Póliza Vida Grupo. Deudor No. 022610000032343, como quiera que la asegurada en el momento que solicitó su aseguramiento omitió declarar las patologías que padecía. Pues pese a la claridad de las preguntas contenidas en la declaración de asegurabilidad, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis. 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 la asegurada 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 la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que la asegurada 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 asegurándola.

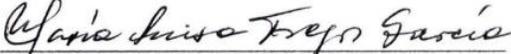
FRENTE AL HECHO “3.16”. No es cierto. Puesto que la acción de dar aviso a la aseguradora no prueba la ocurrencia del siniestro, así mismo, se desconoce la cuantía de la pérdida, pues a la fecha no se conoce el valor insoluto de la deuda contraída por la señora María Luisa Trejos

FRENTE AL HECHO “3.17” Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

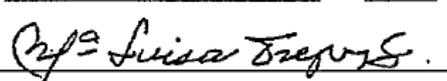
- Es cierto que mi representada objetó la reclamación realizada por la demandante en fecha del 27 de marzo de 2023.
- No es cierto que la objeción sea infundada, pues la señora María Luisa Trejos pues la asegurada en el momento que solicitó su aseguramiento omitió declarar las patologías que padecía. Pues pese a la claridad de las preguntas contenidas en la declaración de asegurabilidad, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis. 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 la asegurada 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 la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que la asegurada 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 asegurándola.

FRENTE AL HECHO “3.18”. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No es cierto que la señora María Luisa Trejos no haya firmado la Solicitud/Certificado Individual de Asegurabilidad, pues al hacer la comparativa de la firma registrada en el poder aportado con la demanda y la plasmada en la Solicitud/Certificado Individual de Asegurabilidad, estas son las mismas.


MARIA LUISA TREJOS GARCIA
CC. 42.054.533

Documento: Poder adjunto con la demanda.


Firma del Solicitante

Documento: Solicitud de asegurabilidad.

- No es cierto que a la señora Trejos no se le presentó un cuestionario de asegurabilidad, pues el cuestionario está incorporado en el cuerpo de la Solicitud/Certificado Individual de asegurabilidad que la demandante firmó.

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles) | | | | SI | No |
|---|------|----|------|----|----|
| Estatura | 1.64 | cm | Peso | 50 | Kg |
| ¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía? | | | | | |
| ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? | | | | | |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? | | | | | |
| ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? | | | | | |
| ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? | | | | | |
| Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

Documento: Solicitud /Certificado Individual de seguro.

Transcripción esencial: “¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro bascular, epoc, ¿asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?
No.(...)”

¿Sufre alguna incapacidad física o mental? No.

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?
No”.

- No es cierto que no haya una declaración proveniente de la señora María Luisa Trejos, pues la declaración es la Solicitud/Certificado Individual de asegurabilidad que la apoderada de la parte actora pretende desconocer.
- Y en virtud de lo expuesto dentro de este mismo hecho, NO ES CIERTO que no haya una “comprobación física”, pues como se evidencia, existe documento firmado por la hoy demandante, que además se adjunta como prueba documental de esta contestación.

FRENTE AL HECHO “3.19”. No es cierto que la señora María Luisa Trejos no tuviera conocimiento de la existencia de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343, pues la hoy demandante recibió la información pertinente en el momento en que suscribió su contrato de seguro y como prueba de ello, plasmó su firma en el documento denominado “Solicitud/Certificado Individual de asegurabilidad”.

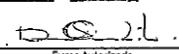
| | |
|--|---|
| <small>Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento, como constancia de aceptación del presente seguro.</small> | |
| Para constancia se firma en <u>Peravia</u> a los <u>1</u> días del mes de <u>Diciembre</u> de <u>2020</u> . |  |
| Firma del Solicitante | Firma Autorizada |
| <small>BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0 Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 57 Torre A Piso 19 Edificio 219 11 CD Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbva@bbva.com.co Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993.</small> | |

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.

Transcripción esencial: “Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa...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...”

FRENTE AL HECHO “3.20”. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No se trata de un hecho, sino de una manifestación subjetiva realizada por el apoderado de la demandante, el cual carece de fundamento factico y jurídico. En todo caso le corresponde a la parte actora cumplir con su carga probatoria, aportando pruebas pertinentes y conducentes en su respectiva oportunidad procesal, conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.
- No es cierto que la demandante no conociera la existencia del contrato de seguro, pues la misma para constancia de la realidad de lo declarado, plasmó su firma, que, además es exactamente igual a la utilizada en el poder para actuar que se adjunta con la presente demanda.

| | |
|--|---|
| Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento, como constancia de aceptación del presente seguro. | |
| Para constancia se firma en <u>PEREIRA</u> | a los <u>1</u> días del mes de <u>Diciembre</u> de <u>2020</u> . |
|  Firma del Solicitante |  Firma Autorizada |
| Dirección para notificación: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71-57 Torralba A. Piso 12 Edificio 219 11 CD Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbva.com.co Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993. | |

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.

Transcripción esencial: “Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa...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...”

FRENTE AL HECHO “3.21”. No se trata de un hecho, sino de una manifestación subjetiva sin sustento probatorio realizado por la parte demandante. En todo caso, debe advertirse que como se extrae de los medios probatorios que se allegan con el presente escrito que la asegurada en el momento que solicitó su aseguramiento omitió declarar las patologías que padecía. Pues pese a la claridad de las preguntas contenidas en la declaración de asegurabilidad, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis. 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 la asegurada 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 la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que la asegurada 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 asegurándola. Razón por la cual, debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO “3.22”. No se trata de un hecho, sino de una manifestación subjetiva sin sustento probatorio realizado por la parte demandante. En todo caso, debe advertirse que como se extrae de los medios probatorios que se allegan con el presente escrito que la asegurada en el momento que solicitó su aseguramiento omitió declarar las patologías que padecía. Pues pese a la claridad de las preguntas contenidas en la declaración de asegurabilidad, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2020, fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis. 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 la asegurada 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 la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que la asegurada 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 asegurándola. Razón por la cual, debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO “3.23”. No es cierto que la compañía de seguros BBVA Seguros de Vida S.A., se encuentre en mora, pues como ya se ha mencionado, el amparo de Incapacidad Total y Permanente contratado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343 no puede ser afectado, dada la reticencia de la demandante al diligenciar su Solicitud/Certificado de asegurabilidad, pues esta no declaró las enfermedades que padecía y que posteriormente fueron la base de su dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y ello trae como consecuencia la declaratoria de nulidad en el contrato de seguro, tal y como lo indica el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO “3.24”. No es cierto, en tanto la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343 debe declararse nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, pues la asegurada en el momento que solicitó su aseguramiento omitió declarar las patologías que padecía. Pues pese a la claridad de las preguntas contenidas en la declaración de asegurabilidad, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis. 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 la asegurada 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 la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que la asegurada 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 asegurándola. Razón por la cual, debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO “3.25”. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No se trata de un hecho, sino de una manifestación subjetiva, sin fundamento jurídico ni factico realizado por la apoderada de la parte actora.
- No es cierto que mi representada haya vulnerado el derecho a la información a la señora María Luisa Trejos García, pues el día en el que tomó su contrato de seguro también recibió la información pertinente del producto que estaba adquiriendo, para prueba de ello, la señora Trejos plasmó su firma en la Solicitud/Certificado Individual de Asegurabilidad, tal y como se muestra a continuación:

| | |
|---|---|
| Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento, como constancia de aceptación del presente seguro. | |
| Para constancia se firma en <u>PEREIRA</u> , a los <u>1</u> días del mes de <u>Diciembre</u> de <u>2020</u> . | |
|  Firma del Solicitante |  Firma Autorizada |
| Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torca A Piso 12 El Valle, No. 219 11 CD Líneas de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbva@bbva.com.co Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993. | |

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.

Transcripción esencial: “Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa...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...”

- No es cierto que mi representada obstaculice el trámite de reclamación, por el contrario mi mandante solicita dar aplicación de la ley comercial, pues como se probara en el curso del proceso la asegurada en el momento que solicitó su aseguramiento omitió declarar las patologías que padecía. Pues pese a la claridad de las preguntas contenidas en la declaración de asegurabilidad, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2020, fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis. 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 la asegurada 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 la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que la asegurada 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 asegurándola. Razón por la cual, debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio.

CAPÍTULO II

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el extremo actor, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, teniendo en consideración que el aseguramiento contenido en la póliza No. 02 261 0000032343 debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que la Accionante suscribió su declaración de asegurabilidad. Omisiones que de haber sido conocidas por mi mandante Seguros definitivamente se habría retraído de celebrar el contrato con la señora Trejos García, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERA (PRINCIPAL)”. Me opongo a que se declare la validez del contrato de seguro firmado por las partes y materializado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343, puesto que en el presente asunto, se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia de la asegurada.

Lo anterior, como quiera que la señora María Luisa Trejos fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la Accionante negó en el momento de sus inclusiones en dicho contrato, fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral en un 66,78%. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las patologías y antecedentes, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDA (PRINCIPAL)”. **ME OPONGO** a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor No. 022610000032343 suscrita por la señora Trejos. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, como consecuencia de la nulidad relativa del contrato de seguro, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, como quiera que la señora María Luisa Trejos fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la Accionante negó en el momento de sus inclusiones en dicho contrato, fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral en un 66,78%. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las patologías y antecedentes, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERA (PRINCIPAL)”. Me opongo a la prosperidad de dicha solicitud, por cuanto no existe responsabilidad contractual en cabeza de mi representada en tanto que el contrato es nulo relativamente por causa de la reticencia en el actuar de la señora María Luisa Trejos fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la Accionante negó en el momento de sus inclusiones en dicho contrato, fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral en un 66,78%. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera

conocido de las patologías y antecedentes, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “CUARTA (PRINCIPAL)”. Me opongo a que se condene a mi representada a realizar pago alguno con motivo del presente litigio y con cargo al amparo de Incapacidad Total y Permanente en tanto que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343 suscrita por la señora María Luisa Trejos García. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, como consecuencia de la nulidad relativa del contrato de seguro, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, como quiera que la señora María Luisa Trejos fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la Accionante negó en el momento de sus inclusiones en dicho contrato, fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral en un 66,78%. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las patologías y antecedentes, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “QUINTA (PRINCIPAL)”. ME OPONGO a la prosperidad de los intereses solicitados, en tanto que esta pretensión resulta consecencial a la pretensión principal y al ser aquella improcedente, esta también debe ser desestimada.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “QUINTA (SUBSIDIARIA)”. Me opongo a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en las Pólizas de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343 suscrita por la señora María Luisa Trejos García. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por lo tanto, por sustracción de materia tampoco le asiste el derecho de solicitar pago de intereses moratorios.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEXTA (PRINCIPAL)”. En efecto, ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

CAPÍTULO III

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

En el caso a estudio se presentan suficientes razones para que sea improcedente e inviable la afectación de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343, como consecuencia de la reticencia con la que la señora María Luisa Trejos García suscribió su declaración de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores. No puede perderse de vista que, como ya ha sido expuesto, la señora María Luisa Trejos García fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro, suceso dado para la póliza No. 02 261 0000032343, la cual ampara la obligación No. **9621427756 en fecha del 10 de diciembre de 2020. Las omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, optó por no informarlos, guardando silencio y omitiendo reconocerlos al momento de perfeccionar su seguro, siendo estos supremamente relevantes para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los antecedentes de fibromialgia, hipertensión, apnea del sueño y artrosis de la señora María Luisa Trejos García, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, se hubiese retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, las condiciones se hubiesen pactado bajo cobros mucho más onerosos. En este sentido, basta con evidenciar las anotaciones realizadas en el documento denominado "*Formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al fondo de prestaciones sociales del magisterio*" y, las anotaciones respecto de los antecedentes de salud de la hoy demandante, los cuales fueron importantes para la sumatoria de su calificación por pérdida de capacidad laboral y, de los que la compañía a la que represento no tenía conocimiento.

Desde una valoración que se establezca desde la sana crítica, se concluye claramente que estos antecedentes cumplen los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, **para invocar y declarar la nulidad de su seguro** en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

CAPÍTULO IV

EXCEPCIONES DE MÉRITO

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la asegurada, señora María Luisa Trejos García, 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, pues que de haber sido conocidos por mi representada, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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 buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

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

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurada, la señora Trejos García, 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 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

¹ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.² *(Subrayado y negrita fuera del texto original).*

Es claro que la Corte Constitucional, en la citada sentencia de 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 la asegurada omita informar o informe inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se mencionó 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 a la asegurada y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a duda, 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

² Corte Constitucional, sentencia T-437 de 2014.

exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código de Comercio.

*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 de Comercio, 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.³
(Subrayado y negrita fuera del texto original)*

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio”.⁴ (Subrayado y negrita fuera del texto original).

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

“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia.

³ Corte Constitucional, sentencia T-196 del 2007.

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

*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.”⁵*
(Subrayado y negrita fuera del texto original).

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

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

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

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.”⁶ (Subrayado y negrita fuera del texto original).

⁵ 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.

⁶ 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.

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, expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**”.⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

⁷ Corte Constitucional, sentencia C-232 de 1997.

- 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 mes de diciembre de 2020, época en la cual la señora María Luisa Trejos solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Luisa Trejos las respondió de manera negativa, aun cuando tenía pleno conocimiento que aquello constituía una falta a la verdad.

Es decir, que, aunque, la señora María Luisa Trejos conocía de sus padecimientos de salud como fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis, con anterioridad al mes de diciembre de 2020, negó la existencia de sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la omisión en la respuesta, faltando a la verdad por parte de la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 10 de diciembre de 2020:**

| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles) | | | |
|---|-------|----|----|
| Estatura | Peso | Si | No |
| 1.61 cm | 50 Kg | | |
| ¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía? | | | ✓ |
| ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? | | | ✓ |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? | | | ✓ |
| ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? | | | ✓ |
| ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? | | | ✓ |
| Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| * Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización | | | |

Documento: Solicitud/certificado individual de seguro No. M02630011023620158962147756.

Visto lo anterior, la aseguradora indagó a la señora María Luisa Trejos García sobre su condición de salud y frente a dichos interrogantes la asegurada manifestó a todas y cada una de ellas que NO, de tal manera, que está claro que faltó a la verdad al suscribir la declaración de asegurabilidad generándose así las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso la señora Trejos García respondió de forma omisiva y faltando a la verdad 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 la entonces asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió la señora María Luisa Trejos García, 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 el honorable despacho tenga en cuenta que la señora Trejos García no informó a mi representada que tenía sendos padecimientos de salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, en el mes de diciembre de 2020, y que como veremos aquellos diagnósticos que eran anteriores a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral como se verifica del contenido del dictamen:

| DIAGNÓSTICO(S) O MOTIVO DE CALIFICACIÓN | CÓDIGO(S) CIE 10 |
|---|------------------|
| FIBROMIALGIA | M797 |
| TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION | F412 |
| HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA | I10X |
| HIPOTIROIDISMO | E039 |

| | |
|--------------------------|------|
| LARINGITIS CRONICA | J370 |
| HIPOACUSIA NO ESPECIFICA | H919 |

Documento: Dictamen de Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional expedido por COSMITET LTDA.

Transcripción parte esencial: “DIAGNOSTICO MOTIVO DE LA CALIFICACIÓN: FIBROMIALGIA, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA, HIPOTIROIDISMO, LARINGITIS CRÓNICA, HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA”

Ahora bien, obsérvese de la historia clínica de titularidad de la demandante los siguientes diagnósticos y antecedentes que en su gran mayoría respaldaron el análisis de deficiencias anteriormente descrito y que fueron diagnosticadas antes de diciembre de 2020 y que aun así no fueron declaradas por la señora Trejos:

- Hipoacusia neurosensorial:

| FECHA | MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL | | |
|-----------------------------------|--|---|-------------|
| 2017-10-26 | 08:54 | octavio.amaya - OCTAVIO AMAYA MEJIA | |
| | | MOTIVO DE CONSULTA : POR UNOS MAREOS | |
| | | ENFERMEDAD ACTUAL : REFIERE EPISODIOS DE SENSACION DE INESTABILIDAD Y MAREO AL LEVANTARSE LA DURACION ES VARIABLE TIENE AUDIOMETRIA: DESCENSO NEUROSENSORIAL DE LEVE A MODERADO PTA DE 18 DERECHO E IZQUIERDO DE 16 LOGO ALCAZNA EL 100% IMITANCIA TIPO AS ENG: NORMAL | |
| EXAMEN FISICO | | | |
| PROFESIONAL:OCTAVIO AMAYA MEJIA | | FECHA:2017-10-26 | |
| SISTEMA | ESTADO | OBSERVACIONES | |
| Organos de los Sentidos (3) | ANORMAL | OTOSCOPIA NORMAL RINOSCOPIA FUNCIONAL BOCA NO LESIONES | |
| DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS | | | |
| CODIGO | DIAGNOSTICO DE INGRESO | ESTADO | OBSERVACION |
| H905 | HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL. SIN OTRA ESPECIFICACION | | |
| R42X | MAREO Y DESVANECIMIENTO | | |

Documento: Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos.

Transcripción esencial: “Fecha 2017-10-26...Diagnostico de ingreso asignado:

H905 Hipoacusia Neurosensorial Sin Otra Especificación.”

Como se observa, la señora María Luisa Trejos en el año 2017 ya contaba con un diagnóstico de Hipoacusia Neurosensorial.

- Diabetes Mellitus:

| ANTECEDENTES | | OP | DETALLE |
|--------------|--------------------------|----|--|
| PATOLOGICOS | Diabetes | SI | HACE 30 AÑOS |
| | Enfermedad Acido Peptica | SI | GASTRITIS CRONICA |
| | Recibe Medicacion | SI | INSULINA NPH, ASA 100 MGS , OMEPRAZOL 20 MGS. LAIANOPROST FCO. |
| QUIRURGICOS | Quirurgicos | SI | ULCERA DUODENAL, CATARATA. |
| OTROS | Otros | SI | IMC 29,46 SE ENVIA APROGRAMA DE CONTROL DE PESO |
| ANTECEDENTES | Cardiovascular | SI | Diabetes Insulinodpendiente - Dislipidemia - Glaucoma |

Documento: Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos.

Transcripción esencial: “Antecedentes: Diabetes SI Hace 30 años... Diabetes Insulinodpendiente...”

La Diabetes presentada por la señora Trejos tiene un antecedente de 30 años, téngase en cuenta que esta anotación fue hecha en la historia clínica de la demandante el día 01 de agosto de 2016.

- Hipertensión Arterial.

| DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS | | | |
|-----------------------------------|---|--------|-------------|
| CODIGO | DIAGNOSTICO DE INGRESO | ESTADO | OBSERVACION |
| E109 | DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION | | |
| I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | | |

Documento: Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos.

Transcripción esencial: “Diagnostico de ingreso...Hipertensión esencial (primaria)”.

Esta anotación fue realizada en la historia clínica de la señora María Luisa Trejos el día 24 de noviembre de 2016 y tal como consta, a esa fecha ya sufría de hipertensión arterial.

- Trastorno mixto.

| DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS | |
|-----------------------------------|---|
| CODIGO | DIAGNOSTICO DE INGRESO |
| F412 | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION |
| Z637 | PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTROS HECHOS ESTRESANTES QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR |

Documento: Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos.

Transcripción esencial: “Diagnostico de ingreso: Trastorno mixto de ansiedad y depresión”.

Tal y como consta en la historia clínica de la demandante, esta padecía también Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.

- Fibromialgia.

| FECHA | MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL |
|------------|--|
| 2018-01-12 | <p>14:40 andres.lopez - ANDRÉS FELIPE LOPEZ SANCHEZ</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL DE FIBROMIALGIA</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE EN LA SEXTA DÉCADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA. REFIERE MEJORIA CON SERTRALINA QUE INICIO RECIENTEMENTE. ADICIONALMENTE, HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO. REFIERE DOLOR LUMBAR CRONICO AGUDIZADO. REFIERE TAMBIEN CRISIS DE DOLOR EN HOMBROS. SE INDICA AJUSTAR MANEJO PARA COMPONENTE INFLAMATORIO. ESTA PENDIENTE DE VALORACION POR FISIATRIA. QUE FUE ORDENADA POR MEDICO LABORAL. SIN DISPONIBILIDAD DE CITA.</p> |

Documento: Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos.

Transcripción esencial: “Paciente en la sexta década de la vida con antecedentes de fibromialgia...”.

La nota anterior consta de fecha del 12 de enero de 2018, momento para el cual la señora María Luisa Trejos ya contaba con antecedente de fibromialgia.

- Hipotiroidismo.

| FECHA | RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO |
|------------|---|
| 2018-01-12 | <p>14:47 andres.lopez - ANDRÉS FELIPE LOPEZ SANCHEZ</p> <p>ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL</p> <p>PACIENTE CON REUMATISMO CRONICA TIPO FIBROMIALGIA VS ARTRITIS SERONEGATIVA CON MULTIPLES PUNTOS GATILLO. ADICIONALMENTE HIPOTIROIDISMO. ANTECEDENTE DE DEFICIENCIA DE VITAMINA D CORREGIDA Y EN MANEJO CON CALCITRIOL. CRISIS DE DOLOR CERVICAL. PARAESCAPULAR. EN HOMBRO Y LUMBAR PRINCIPALMENTE. LEVES SINTOMAS DE DISPEPSIA. NIEGA ESTREÑIMIENTO.</p> <p>PLAN INICIAR DEFLAZACOR 6 MG TAB CADA DIA. TIAMINA Y PIRIDOXINA CADA DIA.</p> |

Documento: Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos.

Transcripción esencial: “Paciente con reumatismo crónica tipo fibromialgia vs artritis seronegativa con múltiples puntos gatillo. Adicionalmente hipotiroidismo ...”.

En consulta del 12 de enero de 2018, el medico tratante también anota que la señora María Luisa Trejos contaba con diagnóstico de Hipotiroidismo.

- Apnea del sueño.

| FECHA | MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL |
|------------|--|
| 2019-09-07 | <p>10:07 jose.jimenez - JOSE LUIS JIMENEZ AGUDELO</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL CON DX DE 1) APNEA DEL SUEÑO. 2) FARINGITIS GRANULOSA. 3) RDNITIS CRONICA. 4) CONTRACTURA MUSCULAR. TRAE POLISOMNOGRAFIA CON TITULACION DE DISPOSITIVO MEDICO (22/08/2019). BAJA EFICIENCIA DE SUEÑO. HAY DISMINUCION EN LA PROPORCION DE SUEÑO DE MOR Y DE SUEÑO PROFUNDO. SE CORRIGEN EVETOS OBSTRUCTIVOS CON CPAP A PRESION DE 9 CM DE AGUA EN MOR Y LATERAL. SE UTILIZO MASCARA NASAL TALLA: M Y USO DE MENTONERA.</p> |

Documento: Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos.

Transcripción esencial: “Paciente que asiste a control con DX de 1) Apnea del sueño...”.

Como se observa, en cita de control del 07 de septiembre de 2019 el medico tratante indicó que la señora María Luisa Trejos contaba ya para esa fecha con diagnostico de Apnea del sueño.

- Artrosis.

| DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| CODIGO | DIAGNOSTICO DE INGRESO |
| E038 | OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS |
| M199 | ARTROSIS NO ESPECIFICADA |
| M797 | FIBROMIALGIA |

Documento: Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos.

Transcripción esencial: "Diagnostico de ingreso: M199 Artrosis no especificada..."

Esta anotación fue realizada el 18 de noviembre de 2019 y tal y como consta, para la fecha, la hoy demandante ya contaba con diagnóstico de artrosis no especificadas.

A partir de las anotaciones realizadas en la historia clínica de la demandante se demuestra fehacientemente que la señora María Luisa Trejos fue diagnosticada con fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia hipertensión, apnea del sueño, y artrosis entre el 2016 y el 2019, aunado a esto padecimientos la demandante sufría de diabetes mellitus desde hacía 30 años, es decir, que cada uno de los padecimientos de la señora Trejos, tienen orígenes anteriores a la suscripción de su primer formulario de asegurabilidad, esto es, 01 de diciembre de 2020, formulario que se suscribió respecto del crédito No. ** 9621427756 y que fue formalizada el 10 de diciembre de 2020. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estas enfermedades, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante patologías que fueron tenidas en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL en un 66.78%. Lo anterior 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 retención no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado.

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

¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis, o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión disfonía, ¿discopatía? **(NO)**

¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? **(NO)**

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? **(NO)**

¿Sufre alguna incapacidad física o mental?

(NO)

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?

(NO)

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de la asegurada había sido diagnosticada con fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre su salud. Situación que claramente dista con la realidad tal como se contrasta con la historia clínica. En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la señora María Luisa Trejos padecía y conocía de la existencia de sus patologías de fibromialgia, hipertensión arterial, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia neurosensorial, artrosis y apnea del sueño. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario sus patología y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En conclusión, la señora María Luisa Trejos fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la accionante negó en el momento de sus inclusiones en dicho contrato, fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral en un 66,78%. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la fibromialgia, hipertensión arterial, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia neurosensorial, artrosis y apnea del sueño, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

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

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

En gracia de discusión, no puede tratarse de endilgar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza de la señora María Luisa Trejos García,

pues es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro.

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

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del 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 jurídico⁸.

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 fundamentales⁹. 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 conocer¹⁰”. - (Subrayado por fuera de texto)

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

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo,** por*

⁸ 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.”

⁹ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹⁰ 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 intenta, 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.

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.”¹¹ - (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 Gutiérrez¹², en donde estableció lo siguiente:

“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su 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

¹¹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez.

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

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 (...)”¹³ (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 en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que

¹³ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editorids Ltda., 2010. P, 164.

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 la presunción que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora el efectuar exámenes médicos a la señora María Luisa Trejos 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.

3. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA 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 esta 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 distinguos, 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.”*¹⁴(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las

¹⁴ 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.

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».¹⁵(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.¹⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que **(i)** el asegurado, la señora María Luisa Trejos 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 por parte de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., 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.

4. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA 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 se 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, como el que ha acaecido con la señora María Luisa Trejos García, 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.

¹⁶ Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997.

En conclusión, dado que la señora Trejos García fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente su estado del riesgo y faltó a la verdad al omitir informar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, fueron indispensables para la calificación de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con el documento denominado “*Formato para dictamen médico laboral de pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al fondo de prestaciones sociales del magisterio*”, emitida por la entidad COSMITET LTDA., y que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, 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.

5. 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. Por lo anterior si se comprueba que desde la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral hasta la fecha de radicación de la demanda transcurrió más de dos años deberá declararse probada la excepción de prescripción de conformidad con la norma comercial.

Establece el artículo 1081 respecto de la prescripción ordinaria de las acciones, 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.

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-, prohió para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe 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.”*

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 esto es de la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral, 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 Código de Comercio.

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

6. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co).

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

- 1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 261 0000032343.**

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

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

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

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

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.¹⁷ (…)

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.¹⁸ (…)”

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

¹⁷ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

¹⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

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 **9621427756. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

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

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

V. PRUEBAS

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora María Luisa Trejos García el día 01 de diciembre de 2020 y formalizada el 10 de diciembre de 2020.
- 1.2. Clausulado de la póliza de seguro de Vida Grupo Deudores.
- 1.3. Comunicación de objeción emitida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el 27 de marzo de 2023.
- 1.4. Derecho de petición elevado a la entidad COSMITET LTDA.
- 1.5. Derecho de petición elevado al Fondo De Prestaciones Sociales Del Magisterio.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **María Luisa Trejos García**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario 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 **María Luisa Trejos García** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

Al tenor de lo preceptuado en el Art. 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA Seguros De Vida Colombia S.A** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza número 02 261 0000032343.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer 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 como hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora María Luisa Trejos García. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la paliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, puesto que puede ilustrar al Despacho como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora María Luisa Trejos García, así como la relevancia o no de las preexistencias medicas no declaradas por el Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

- 4.2. Sírvase 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 como hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora María Luisa Trejos García. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la paliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, puesto que puede ilustrar al Despacho como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora María Luisa Trejos García, así como la

relevancia o no de las preexistencias medicas no declaradas por el Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser ubicado en la Carrera 9 No. 72-21 piso 8 de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico juliealexandra triana@bbva.com o al teléfono 6013471600.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos García identificada con cédula de ciudadanía No. 42.054.533, desde el año 2000 hasta el año 2024.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 31 de octubre de 2022 de la señora María Luisa Trejos García identificada con cédula de ciudadanía No. 42.054.533 emitido por COSMITET LTDA.
- Informe la fecha en que la señora María Luisa Trejos inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que de la señora María Luisa Trejos sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro las Pólizas 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 aportó documentos ininteligibles como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la entidad **COSMITET LTDA.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, certificación donde conste si aquella calificó la disminución de capacidad laboral de la señora María Luisa Trejos, identificada con cédula de ciudadanía No. 42.054.533, en que a su vez conste los motivos de calificación y por quien fue solicitada. Además, que exhiba el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido respecto de la señora María Luisa Trejos García, así como toda la documentación que de la mencionada demandante repose en dicha entidad, incluyendo la historia clínica, el acuse de recibido o firma de notificación del documento denominado “*Formato para el dictamen médico laboral*”

de pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al fondo de prestaciones sociales del magisterio.”, El dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por la entidad **COSMITET LTDA.**, se encuentra en poder de la mencionada entidad, quien se encargó de calificar las afectaciones de salud de la señora **Trejos García** y por ende quien puede suministrar la documentación solicitada.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar si la señora ya tenía calificaciones previas y, las enfermedades que fueron valoradas antes del aseguramiento y de las cuales la señora María Luisa Trejos García ya tenía conocimiento.

La entidad COSMITET LTDA., puede ser notificada en la Cl. 64g #88A 88 de Bogotá o al correo electrónico notificaciones_judiciales@cosmitet.net

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos García correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2024, así como también se solicita que se ordene informar y certificar cual es la situación laboral actual de la demandante, si se encuentra vinculada activamente en labores o se encuentra retirada y en ese sentido, que informe la fecha de vinculación o retiro, conforme sea el caso. La Historia Clínica e información solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fuera la encargada de administrar las prestaciones sociales de las personas vinculadas al magisterio

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes de la demandante al momento de suscribir sus certificados individuales de seguro, así como demostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad y, además conocer la situación laboral actual de la señora María Luisa Trejos.

El **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificado en la Calle 72 # 10-03 Local 1-14 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico notificacionesjudiciales@fiduprevisora.com.co.

6. OFICIOS

- 6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **COSMITET LTDA.**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos García identificada con cédula de ciudadanía No. 42.054.533, desde el año 2000 hasta el año 2024.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 31 de octubre de 2022 de la señora María Luisa Trejos García identificada con cédula de ciudadanía No. 42.054.533.
- Informe la fecha en que la señora María Luisa Trejos García inició los trámites de calificación.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que fue la encargada de realizar el dictamen de pérdida de capacidad laboral de la señora María Luisa Trejos García, tal como se puede observar en los documentos arrimados al proceso por la parte Actora. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar si existen dictámenes de PCL previos y las patologías y antecedentes que la señora María Luisa Trejos García sufrió en años anteriores y al momento de suscribir sus certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad.

La **COSMITET LTDA.**, puede ser notificada en la Cl. 64g #88A 88 de Bogotá o al correo electrónico notificaciones_judiciales@cosmitet.net.

6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora María Luisa Trejos García identificada con cédula de ciudadanía No. 42.054.533, desde el año 2000 hasta el año 2024.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 31 de octubre de 2022 de la señora María Luisa Trejos García identificada con cédula de ciudadanía No. 42.054.533.
- Informe la fecha en que la señora María Luisa Trejos García inició los trámites de calificación.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que fue la encargada de realizar las atenciones médicas de la señora Trejos García, tal como se puede observar en los documentos arrimados al proceso por la parte Actora. Esta solicitud se

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías previas y antecedentes que la señora Trejos García sufrió en años anteriores y al momento de suscribir sus certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad.

El **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificado en la Calle 72 # 10-03 Local 1-14 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico notificacionesjudiciales@fiduprevisora.com.co.

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de la señora María Luisa Trejos 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 la señora María Luisa Trejos 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 C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica y dictámenes de PCL del Asegurado. Es importante aclarar que los mencionados documentos han 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, 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.

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
4. Poder conferido al suscrito.

NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 de Bogotá o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá, correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.