Señores

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES**

E. S. D.

|  |  |
| --- | --- |
| **REFERENCIA**: | ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR |
| **RADICACIÓN**: | 2022174504 |
| **EXPEDIENTE:** | 2022-4721 |
| **DEMANDANTE**: | JUAN CARLOS GUERRA ORTEGA |
| **DEMANDADOS**: | BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. |

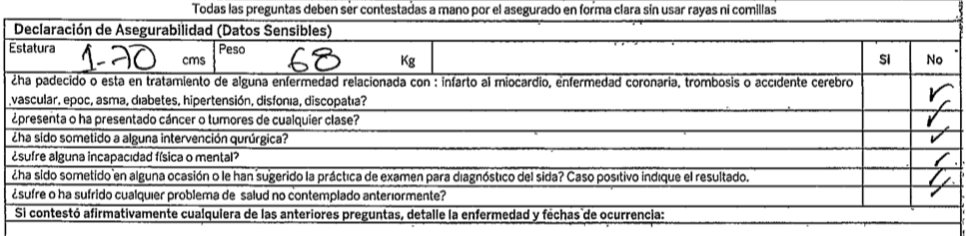
**ASUNTO**: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,**tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por JUAN CARLOS GUERRA ORTEGA 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:

**FRENTE A LO HECHOS DE LA DEMANDA**

**PRIMERO: Es cierto la existencia de la obligación** No.961916807, sin embargo desde ya el honorable despacho, deberá tener en consideración que para el 20 de enero de 2020, fecha en la cual el señor Jan Cuarlos Guerra solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el Asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor Guerra conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de: *“Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, cirugía en ojo izquierdo, pérdida de la visión en ojo izquierdo, trauma acústico con tinnitus bilateral, síndrome manguito rotador bilateral, gastritis crónica, cefalea post traumática*”. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:



En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Juan Carlos Guerra respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Guerra conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor Juan Carlos Guerra fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la *“Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, sindorme manguito rotador bilateral, hallux valgas bilateral, espolon calcáneo bilateral, fascitis plantar bilateral, Queratocono, cirugía en ojo izquierdo, queratoplastia penetrante/ trasplante de cornea, pseudofaquia, trastorno adaptativo, trauma acústico con tinnitus bilateral, coloración de la lámina ungueal, gastritis crónica, cefalea post traumática*” que padecía el señor Guerra con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el informe de la junta medica laboral y que provienen de la historia clínica del señor Juan Carlos Guerra para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**SEGUNDO:** No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**TERCERO:** Es cierto, actualmente se registra un seguro de vida deudores con numero de póliza 022140000115366 vinculado a la obligación No.961916807 cuyo asegurado es el señor Juan Carlos Guerra Ortega. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que para el 20 de enero de 2020, fecha en la cual el señor Jan Cuarlos Guerra solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el Asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor Guerra conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de: *“**Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, cirugía en ojo izquierdo, trauma acústico con tinnitus bilateral, sindorme manguito rotador bilateral, gastritis crónica, cefalea post traumática*”. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Juan Carlos Guerra respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Guerra conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor Juan Carlos Guerra fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la *“Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, sindorme manguito rotador bilateral, hallux valgas bilateral, espolon calcáneo bilateral, fascitis plantar bilateral, Queratocono, cirugía en ojo izquierdo, queratoplastia penetrante/ trasplante de cornea, pseudofaquia, trastorno adaptativo, trauma acústico con tinnitus bilateral, coloración de la lámina ungueal, gastritis crónica, cefalea post traumática*” que padecía el señor Guerra con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

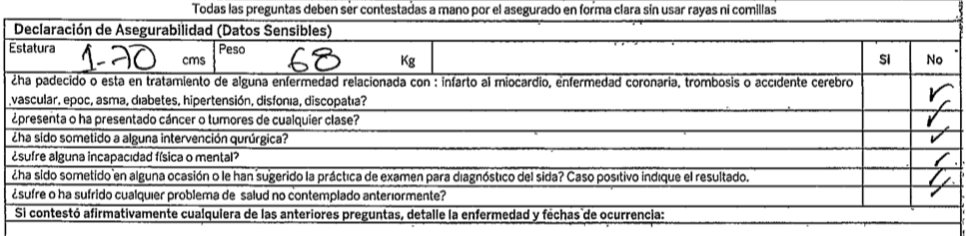
En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el informe de la junta medica laboral y que provienen de la historia clínica del señor Juan Carlos Guerra para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**CUARTO:** Es cierto. No obstante, su Despacho debe tener en cuenta que las enfermedades y antecedentes que dieron lugar al referido antecedente, son de vieja data, diagnosticadas antes de la fecha en que el entonces asegurado suscribió la declaración de asegurabilidad para su inclusión a la póliza de seguro vida grupo deudores.

**QUINTO:** No le consta a mi representada en cuanto a las peticiones realizadas al Banco BBVA debido a que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada por lo tanto no es posible afirmar o negar tal circunstancia.

Por otro lado es cierto que BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. recibió petición por parte del señor Juan Carlos Guerra a fin de hacer efectivo el seguro 022140000115366 vinculado a la obligación No.961916807. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que para el 20 de enero de 2020, fecha en la cual el señor Jan Cuarlos Guerra solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido.

No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el Asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor Guerra conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de: “*pérdida de la visión en ojo izquierdo, artrosis tricompartimental bilateral, gonalgia bilateral, discopatía lumbar asociado a osteocondrosis lumbar, lumbalgia crónica y lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional”*. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:



En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Juan Carlos Guerra respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Guerra conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

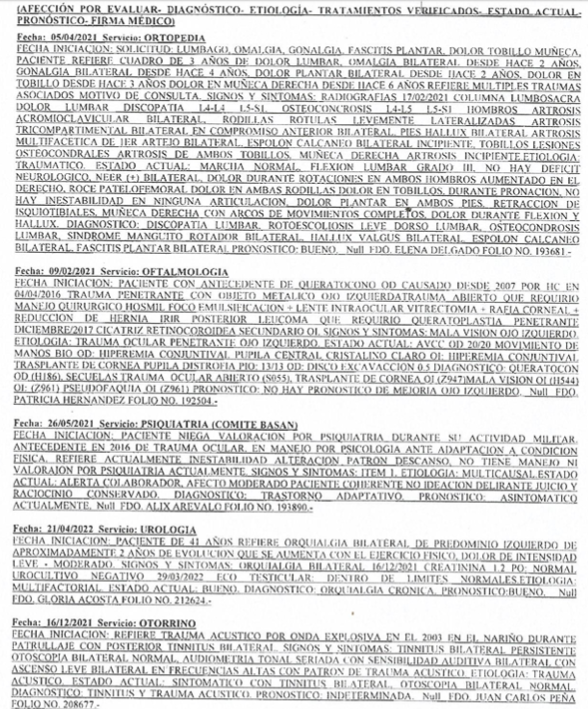
En resumen, el señor Juan Carlos Guerra fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la *“pérdida de la visión en ojo izquierdo, artrosis tricompartimental bilateral, gonalgia bilateral, discopatía lumbar asociado a osteocondrosis lumbar, lumbalgia crónica y lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional*” que padecía el señor Guerra con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el informe de la junta medica laboral y que provienen de la historia clínica del señor Juan Carlos Guerra para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**SEXTO:** No es un hecho. Es una mera aseveración que no hace referencia a un suceso en particular ni a una fecha exacta. No obstante, de existir dicho documento que valga resaltar no se ha aportado con la demanda, mi representada se atiene al contenido del mismo.

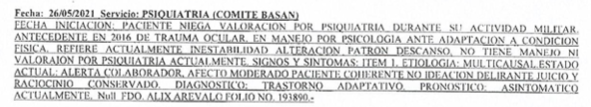
**SÉPTIMO:** No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada y concernientes exclusivamente a hechos de la órbita personal del señor Juan Carlos Guerra. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin embargo el despacho deberá considerar que al margen del conocimiento del acta de la junta medico laboral, dicha situación no es lo que vicia el contrato de seguro, lo que realmente afecta de nulidad al mismo es que el señor Guerra con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, esto es el día 20 de enero de 2020 conocía fehacientemente de los padecimientos de salud que le aquejaban tales como: *“Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, cirugía en ojo izquierdo, trauma acústico con tinnitus bilateral, sindorme manguito rotador bilateral, gastritis crónica, cefalea post traumática*” y en especial de “*pérdida de la visión en ojo izquierdo, artrosis tricompartimental bilateral, gonalgia bilateral, discopatía lumbar asociado a osteocondrosis lumbar, lumbalgia crónica y lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional”,* todos estos padecimientos de salud se encuentran en la historia clínica del asegurado y fueron tomados en consideración para emitir el dictamen médico laboral 124309 del 31 de mayo de 2022, tal como se verifica a continuación:

*Documento: Acta de junta medico laboral 124309*

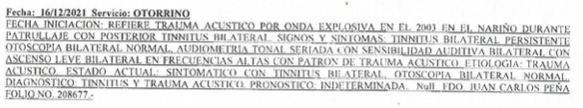
*Transcripción parte esencial: Fecha: 05/04/2021 servicio ortopedia. Paciente refiere cuadro de 3 años de Dolor lumbar, omalgia bilateral, desde hace 2 años gonalgia bilateral, desde hace 4 años dolor plantar bilateral, desde hace 2 años dolor en tobillo, desde hace 6 años refiere múltiples traumas asociados motivo de consulta. (…) Dolor Lumbar discopatía L4-L4,L5-SL, Osteoconcrosis L4-L5 L5-SL, hombros, artosis acromioclavicular bilateral, rodillas rotulas levemente lateralizadas, artrosis tricompartimental bilateral en compromiso anterior bilateral. Pies hallux bilateral, artrosis multifacética de ier artejo bilateral, espolon calcáneo bilateral incipiente, artrosis de ambos tobillos. Diagnósticos: Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, sindorme manguito rotador bilateral, hallux valgas bilateral, espolon calcáneo bilateral, fascitis plantar bilateral.*

*Documento: Acta de junta medico laboral 124309*

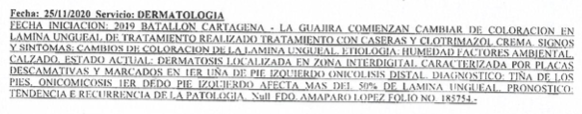
*Transcripción parte esencial: Fecha 09/02/2021 servicio Oftalmologia. Paciente con antecedente de queratocono o de causado desde 2007 por H.c. en 04-04-2016 trauma penetrante con objeto metálico ojo izquierdo trauma abierto que requirió manejo quirúrgico hosmil foco emulsificación + lente intraocular vitrectomía Rafla corneal + reducción de hernia irir posterior leucoma que requirió queratoplastia penetrante diciembre 2017.*

*Documento: Acta de junta medico laboral 124309*

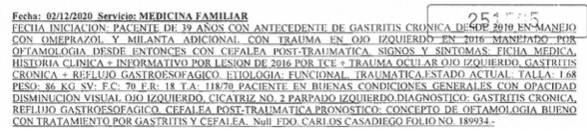
*Transcripción parte esencial: Fecha: 26/05/2021 servicio psiquiatría (comité basan) antecedente en 2016 de trauma ocular en manejo por psicología ante adaptación a condición física refiere actualmente inestabilidad alteración patrón descanso, no tiene manejo ni valoración por psiquiatría actualmente.*

****

*Documento: Acta de junta medico laboral 124309*

*Transcripción parte esencial: Fecha: 16/12/2021 servicio otorrino refiere trauma acústico por onda explosiva en el 2003 en Nariño durante patrullaje con posterior tinnitus bilateral signos y síntomas tinnitus bilateral persistente.*

*Documento: Acta de junta medico laboral 124309*

*Transcripción parte esencial: Fecha: 25/11/2020 servicio dermatología. Fecha iniciación 2019 batallón Cartagena-La Guajira comienzan cambiar de coloración en lamina ungueal*

*Documento: Acta de junta medico laboral 124309*

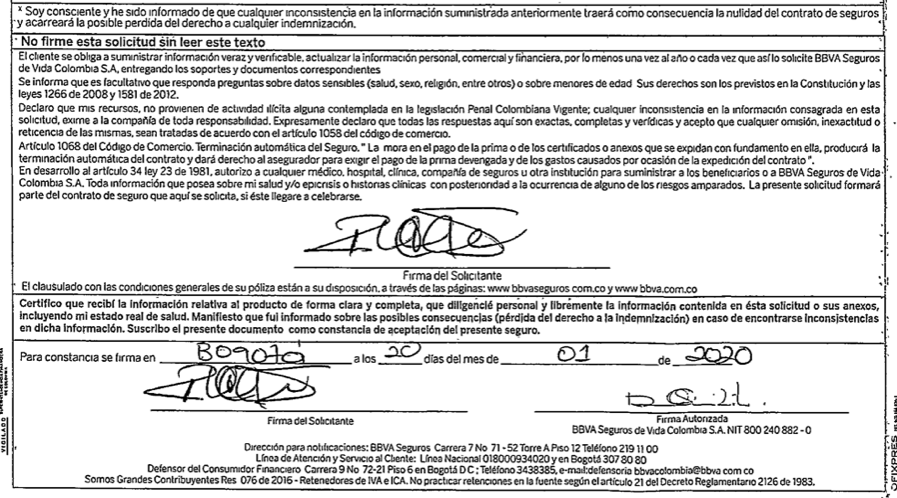
*Transcripción parte esencial: Fecha: 02/12/2020 servicio medicina familiar paciente de 39 años con antecedente de gastritis crónica desde 2010 en manejo con omeprazol y Milanta. Adicional con trauma en ojo izquierdo en 2016 manejado por oftalmología desde entonces con cefalea postraumática.*

Como se observa en el acta de la junta medico laboral, se recopilan los antecedentes médicos del paciente y que se encuentran soportados en la historia clínica, tal situación implica que el señor Guerra padecía de dichas enfermedades de manera anterior a la fecha de suscripción del aseguramiento (20 de enero de 2020) y no que dichos diagnósticos se hayan develado únicamente desde el año 2022 cuando se emitió el dictamen como se pretende hacer ver por la parte demandante, toda vez que lo cierto es que las enfermedades sufridas por el señor Guerra son de vieja data y debieron comunicarse antes de perfeccionar el contrato de seguro, sin embargo ello no sucedió generando las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio.

**OCTAVO:** No es cierto, la parte demandante pretende hacer ver que las enfermedades que aquejaban al señor Juan Carlos Guerra únicamente se develaron a partir del dictamen que determinó la pérdida de capacidad laboral, sin embargo el dictamen recoge los antecedentes médicos de las mismas anotaciones de la historia clínica del señor Guerra en donde se evidencian antecedentes clínicos con fechas muy anteriores a la suscripción del contrato de seguro y que no fueron informadas antes del perfeccionamiento del aseguramiento. De ahí entonces que, aquello que se reprocha al señor Guerra no es la omisión de informar a la seguradora sobre el dictamen de la junta medico laboral al momento de suscribir su aseguramiento porque ello es una imposibilidad material ya que el aseguramiento se produjo en el año 2020 y el dictamen se conoció hasta el año 2022, sino que aquello que se reprocha es la omisión al momento de declarar su estado de salud, ya que la compañía aseguradora le indagó de manera clara sobre las enfermedades que padeció o padecía y el señor Guerra no declaró la existencia de sus enfermedades: *“Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, cirugía en ojo izquierdo, trauma acústico con tinnitus bilateral, sindorme manguito rotador bilateral, gastritis crónica, cefalea post traumática*” de las cuales conocía desde antes del 20 de enero de 2020, fecha para la cual suscribió la declaración de asegurabilidad para el perfeccionamiento del aseguramiento. Todos estos padecimientos de salud se encuentran en la historia clínica del asegurado y fueron tomados en consideración para emitir el dictamen médico laboral 124309 del 31 de mayo de 2022.

Como se observa en el acta de la junta medico laboral, se recopilan los antecedentes médicos del paciente y que se encuentran soportados en la historia clínica, tal situación implica que el señor Guerra padecía de dichas enfermedades de manera anterior a la fecha de suscripción del aseguramiento y no que dichos diagnósticos se hayan realizado desde el año 2022 cuando se emitió el dictamen como se pretende hacer ver por la parte demandante, toda vez que lo cierto es que las enfermedades sufridas por el señor Guerra son de vieja data y el conjunto de ellas es lo que llevó a calificar al señor Guerra con una pérdida de capacidad laboral superior al 50% que de ninguna deben indemnizarse con cargo a la póliza de seguro 022140000115366 vinculada a la obligación No. 961916807, como quiera que todos los padecimientos de salud anteriores a la suscipcion del aseguramiento debieron comunicarse antes de perfeccionar el contrato de seguro, sin embargo ello no sucedió generando las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio.

**NOVENO:** No es cierto que el señor Juan Carlos Guerra no fue interrogado sobre su condición de salud, como quiera que en la declaración de asegurabilidad que suscribió, se realizaron preguntas claras, redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. Cuestionario que éste mismo suscribió y en el que plasmó su firma en señal de aceptación. Lo que se confirma con el texto del documento que contiene las siguientes anotaciones:



Documento: declaración de asegurabilidad suscrita el 20 de enero de 2020 por el señor Juan Carlos Guerra.

Transcripción: *“soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente como consecuencia los resultados del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización”*

*No firme esta solicitud sin leer este texto.*

*Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo a 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.*

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que el señor Guerra recibió la información de manera clara, completa y suficiente sobre su producto aseguraticio. En este punto, es pertinente indicar nuevamente que la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. De lo que se desprende, que la obligación de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o piensan adquirir, está en cabeza de los consumidores financieros.

Sin perjuicio de lo anterior, el señor Juan Carlos Guerra no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Por el contrario, respondió negando todas las preguntas que se encuentran en el formulario de asegurabilidad. De modo que no puede pretender el Accionante, convalidar la reticencia en la que él mismo incurrió indicando que no fue advertido sobre la relevancia de sus condiciones de salud, cuando el mismo documento es claro en indicar que recibió la información del producto de forma clara y aún así diligenció libremente la información contenida en esa solicitud. Adicionalmente debe decirse que lo manifestado en el hecho es meramente una afirmación subjetiva de la parte Demandante que no se encuentra soportada bajo ninguna prueba.

**DÉCIMO:** No es cierto. El contrato de seguro no podrá hacerse efectivo toda vez que el señor Juan Carlos Guerra Ortega omitió declarar con exactitud su estado de salud al suscribir la respetiva declaración de asegurabilidad, es decir existe una clara reticencia y dicha reticencia constituye un vicio del consentimiento que causa la nulidad del aseguramiento del señor Guerra Ortega en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

Lo anterior, deberá ser tenido en cuenta por parte del Despacho ya que desde la objeción, mi representada manifestó que de haber conocido las enfermedades o patologías que padecía el señor Guerra Ortega, se hubiese abstenido de contratar o hubiere contratado en condiciones mucho más onerosas, constituyendo el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor Juan Carlos Guerra Ortega debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que este último suscribió el certificado individual de seguro.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN** **PRIMERA:** Me opongo a la PRIMERA 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 022140000115366 vinculado a la obligación No. 961916807, contraída por el señor Juan Carlos Guerra Ortega. Tal pretensión elevada por la parte Accionante no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

*Nulidad del contrato de seguro:* No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro que respalda la referida obligación No. 961916807, como quiera que el señor Juan Carlos Guerra Ortega fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de *“Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, cirugía en ojo izquierdo, trauma acústico con tinnitus bilateral, sindorme manguito rotador bilateral, gastritis crónica, cefalea post traumática*” las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados y que el señor Guerra ortega tenía con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Guerra Ortega debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente al señor Guerra si se ha sometido a cirugías o no, si sufre o ha sufrido enfermedades no descritas en los cuestionarios.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN SEGUNDA.** Me opongo a la SEGUNDA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

*Nulidad del contrato de seguro:* No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro que respalda la referida obligación No. 961916807, como quiera que el señor Juan Carlos Guerra Ortega fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de *“Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, cirugía en ojo izquierdo, trauma acústico con tinnitus bilateral, sindorme manguito rotador bilateral, gastritis crónica, cefalea post traumática*” y en especial de “*pérdida de la visión en ojo izquierdo, artrosis tricompartimental bilateral, gonalgia bilateral, discopatía lumbar asociado a osteocondrosis lumbar, lumbalgia crónica y lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional”,*  las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados y que el señor Guerra ortega tenía con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Guerra Ortega debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente al señor Guerra si se ha sometido a cirugías o no, si sufre o ha sufrido enfermedades no descritas en los cuestionarios.

**OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA**

Sin perjuicio de que en este caso no se encuentra un juramento estimatorio en la Demanda, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso se presentan las siguientes razones para que sea improcedente afectar la póliza de seguro:

En primer lugar, no puede perderse de vista que el señor Juan Carlos Guerra Ortega fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es el 20 de enero de 2020. Las omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido el diagnostico de *“Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, ostercondritis lumbar, cirugía en ojo izquierdo, trauma acústico con tinnitus bilateral, sindorme manguito rotador bilateral, gastritis crónica, cefalea post traumática*”, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar las anotaciones de la historia clínica del señor Guerra Ortega que reposan en el informe de la junta médica, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En segundo lugar, sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada y únicamente en el remoto e hipotético evento en el que el (la) Honorable Juez considere que sí se debe hacer efectiva la póliza materia de litigio. De todos modos, deberá tomar en consideración que el único beneficiario de la misma es el Banco BBVA Colombia S.A. En consecuencia, no es jurídicamente viable declarar que la Compañía de Seguros debe pagarle rubro alguno a la Demandante, pues se reitera, el único beneficiario a título oneroso del Contrato Vida Grupo Deudores es el Establecimiento Bancario BBVA.

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

**EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES**

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor Juan Carlos Guerra Ortega, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de sus aseguramientos, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí́ que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica,* ***el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia”[[1]](#footnote-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 el Asegurado Guerra Ortega, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

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

*“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así́ se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

*Pese a lo anterior,* ***en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado****, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo,* ***de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro*** *o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”.* (Subrayado fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

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

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A.,* ***ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.*** *Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio*.”[[3]](#footnote-3) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto****, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la 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.”[[4]](#footnote-4)*(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

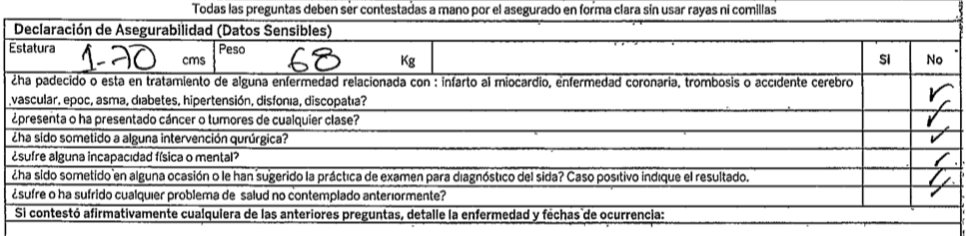
*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al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

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la fecha 20 de enero de 2020 época en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Juan Carlos Guerra Ortega las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

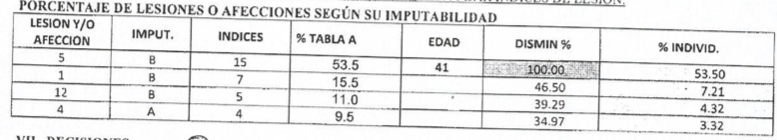
Es decir, a pesar de que el señor Guerra conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del señor Guerra Ortega y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

* **Declaración de asegurabilidad que data del 20 de enero de 2022**

Visto lo anterior, la aseguradora indagó al señor Guerra sobre su condición de salud y como se vió se preguntó **si sufre o** **ha sufrido** de las citadas condiciones, específicamente de discopatía, si ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica, si sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado en las preguntas realizadas, frente a dichos interrogantes el asegurado 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 de que en el presente caso el Juan Carlos Guerra respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que el señor Guerra Ortega no informó a mi representada que padecía sendos padecimientos de salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, a pesar de que el señor Juan Carlos Guerra tenía sendos padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2020, veremos cómo los diagnósticos que se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral eran anteriores a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad:

En el acta de junta médica para efectuar el cálculo del porcentaje de final de calificación, se consideran las enfermedades numeradas como 5, 1, 12 y 4 tal como se aprecia a continuación:

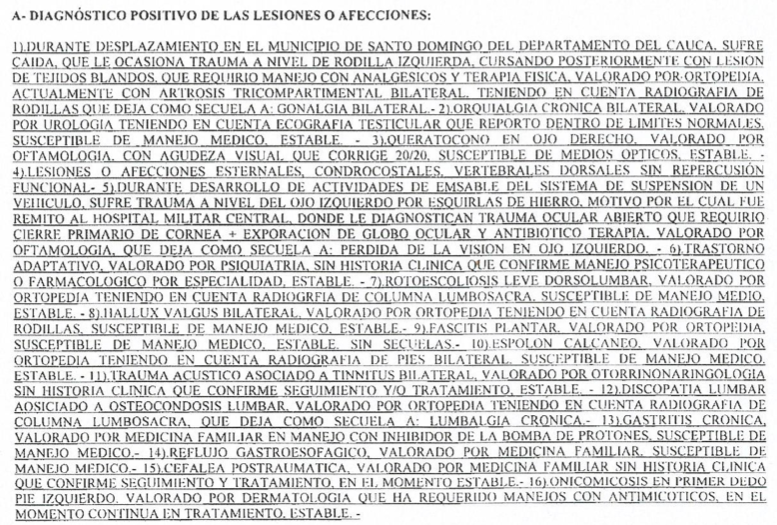
Las enfermedades, lesión y/afección referidas en el cálculo final del porcentaje de pérdida de capacidad laboral corresponden a las siguientes:

“*5. Trauma a nivel del ojo izquierdo por esquirlas de hierro, motivo por el cual fue remitido al hospital militar central donde le diagnostican trauma ocular abierto que requirió cierre primario de córnea más exploración del globo ocular y antibiótico terapia. Valorado por oftalmología que deja como secuela pérdida de la visión enojo izquierdo.*

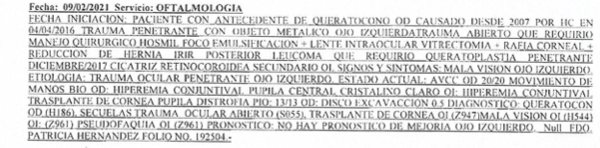
*1. Trauma a nivel de rodilla izquierda cursando posteriormente con lesión de tejidos blandos, actualmente con artrosis tricompartimental bilateral. Teniendo en cuenta radiografía de rodilla que deja como secuelas a: gonalgia bilateral.*

*12. Discopatía lumbar asociado a osteocondosis lumbar , valorado por ortopedia teniendo en cuenta radiografía de columna lumbosacras que deja como secuela a lumbalgia crónica.*

*4. Lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional.*

La anterior numeración se puede evidenciar en el acápite del acta de junta medica denominado diagnostico positivo de las lesiones o afecciones:

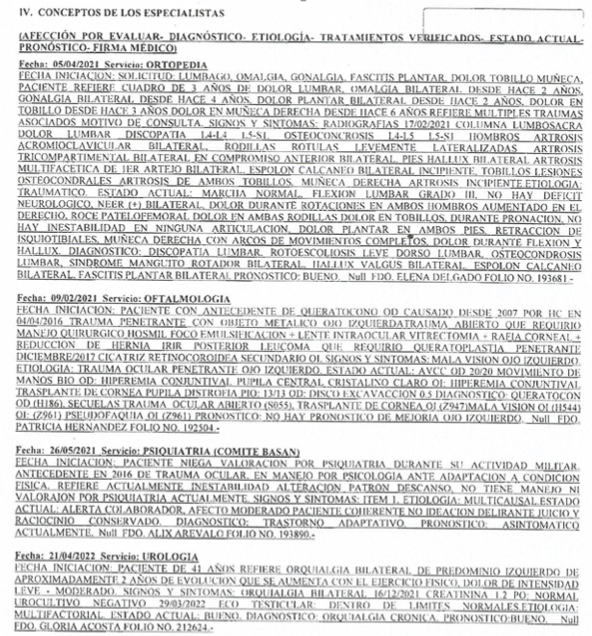
A continuación se verá como cada una de las enfermedades que se relacionan en el acta de junta medico laboral, eran de pleno conocimiento del señor Juan Carlos Guerra por ser diagnosticadas con anterioridad al mes de enero de 2020 fecha para la cual se suscribió la declaración de asegurabilidad, veamos:

* **5. Trauma a nivel del ojo izquierdo, cierre primario de córnea más exploración del globo ocular. Secuela pérdida de la visión en ojo izquierdo**

Documento: Acta de junta medico laboral 124309

Fecha: 09/02/2021 servicio oftalmología

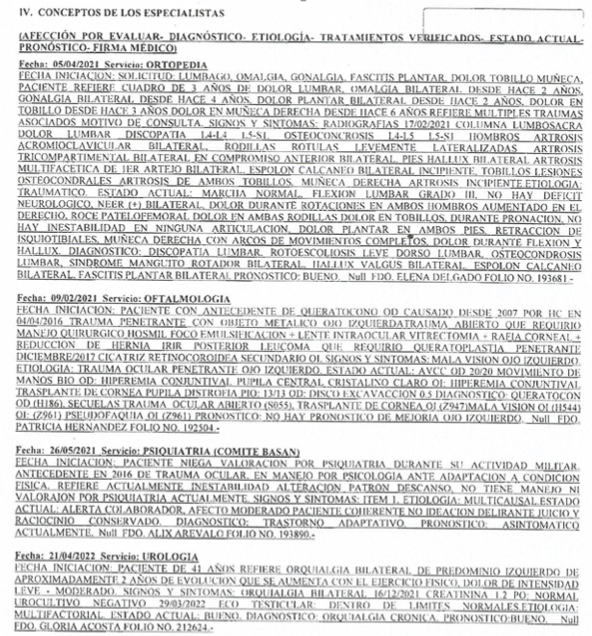
Como se puede ver en la anotación inscrita en el acta de junta medico laboral que obra en el expediente, el señor Juan Carlos Guerra padecía de varias afecciones en el órgano de la visión con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad necesaria para la suscripción del seguro, tales afecciones son: “queratocono desde 2007. En 4/4/2016 requirió manejo quirúrgico hosmil foco emulsificación+lente intraocular vitrectomía+rafl corneal+reducción de hernia irir, posterior leucoma que requirió queratoplastia penetrante, diciembre 2017 cicatriz retinol coro idea secundario signos y síntomas mala visión ojo izquierdo trasplante de córnea pupila distrofia, todo lo anterior deriva en un diagnóstico de: *Queratocon, secuelas trauma ocular abierto, trasplante de córnea mala visión, pseudofaquia, pronóstico no hay pronóstico de mejoría ojo izquierdo”.* Como se vio estas afecciones son muy anteriores a la fecha de suscripción del contrato de seguro ya que datan de fecha 2007 y 2016, lo que implica que eran de pleno conocimiento del señor Juan Guerra, sin embargo nunca las informó a la compañía aseguradora.

* ****1. Trauma a nivel de rodilla izquierda cursando posteriormente con lesión de tejidos blandos, artrosis tricompartimental bilateral. Secuelas: gonalgia bilateral.**

*Documento: Acta de junta medico laboral 124309*

*Fecha: 05/04/2021 servicio Ortopedia*

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor Juan Carlos Guerra, específicamente por el servicio de ortopedia, la misma data del 5 de abril de 2021 en donde se especifica: paciente refiere cuadro de 3 años de Dolor lumbar, omalgia bilateral (dada la fecha, indicaría el padecimiento desde el año 2018), desde hace 2 años gonalgia bilateral (dada la fecha, indicaría el padecimiento desde el 2019). Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro (20 de enero de 2020) el señor Guerra conocía de sus padecimientos de salud y específicamente su diagnóstico de gonalgia bilateral y artrosis ya que refiere que dichos problemas de salud le aquejan desde hace 3 y 2 años tiempo que se cuenta hacia atrás desde el 5 de abril de 2021 que corresponde a la fecha de la anotación en la historia clínica, es decir que las mismas afecciones de salud se presentaron con anterioridad al mes de enero de la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad y en donde tales afecciones de salud nunca no fueron informadas a la compañía aseguradora.

* *****12. Discopatía lumbar asociado a osteocondrosis lumbar. Secuela lumbalgia crónica y 4. Lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional.***

Conformea las anotaciones de la historia clínica y que reposan en el acta de junta medica laboral 124309 se refiere: *“Dolor Lumbar discopatía L4-L4,L5-SL, Osteocondrosis L4-L5 L5-SL, hombros, artosis acromioclavicular bilateral, rodillas rotulas levemente lateralizadas, artrosis tricompartimental bilateral en compromiso anterior bilateral. Diagnósticos: Discopatia lumbar, rotoescoliosis leve dorso lumbar, osteocondrosis lumbar”.*De las anotaciones referenciadas en el acta de junta medico laboral se puede apreciar que al menos el señor Juan Carlos Guerra padecía de trauma de dichas enfermedades con anterioridad al mes de enero de 2020, sin embargo al suscribir la declaración de asegurabilidad para la formalización del seguro que pretendía respaldar la obligación No.961916807. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estas enfermedades constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual ***(i)*** el señor Juan Carlos Guerra ya contaba con una serie de diagnósticos de: “*pérdida de la visión en ojo izquierdo, artrosis tricompartimental bilateral, gonalgia bilateral, discopatía lumbar asociado a osteocondrosis lumbar, lumbalgia crónica y lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional”* con anterioridad al mes de enero de 2020, fecha en la que se perfeccionó el seguro para la obligación No. 961916807 , y ***(ii)*** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

***Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador****. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que estas claramente incluyen varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el Asegurado Juan Carlos Guerra 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.

|  |  |
| --- | --- |
| *Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente vascular, 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 que el señor Guerra había sido diagnosticado con *“Discopatia lumbar,*” faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre la existencia de este problema de salud, (ii) que a pesar de que el señor Guerra había sido sometido a una cirugía en su ojo izquierdo que implicó un trasplante de córnea, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre el sometimiento a alguna cirugía (iii) que a pesar de que el señor Guerra tenía antecedentes de “*pérdida de la visión en ojo izquierdo, artrosis tricompartimental bilateral, gonalgia bilateral, discopatía lumbar asociado a osteocondrosis lumbar, lumbalgia crónica y lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional”* el asegurado contestó negativamente a las preguntas que indagaban sobre otro tipo de enfermedades no relacionadas en la declaración de asegurabilidad, (v) que si bien el señor Juan Carlos Guerra padecía de sendas enfermedades*,* el señor Guerra negó sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que el señor Guerra no informó a mi procurada de la existencia de su *pérdida de la visión en ojo izquierdo, artrosis tricompartimental bilateral, gonalgia bilateral, discopatía lumbar asociado a osteocondrosis lumbar, lumbalgia crónica y lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales sin repercusión funcional,* de manera previa a la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, el aseguramiento del señor Guerra debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaracion de asegurabilidad que suscribió.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Guerra debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así́, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la ubérrima bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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 así́ 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.

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada,* ***obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.*** *Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico[[5]](#footnote-5).*

*Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales[[6]](#footnote-6). De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer[[7]](#footnote-7)”.* (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza****. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así́ como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud****, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de se*guro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”[[8]](#footnote-8) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez14, 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 conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”* (Subrayado fuera del texto original)

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****...”[[9]](#footnote-9)*(subrayado fuera del texto original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Arturo Díaz Murillo expediente 2016- 0318 en relación a la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

*“Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto ubérrima bona fidei”*

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en la Sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Carmen Sofía Orozco contra el Banco Caja Social expediente 2016-0367 (la firma convalida el contenido del documento):

*A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que* ***la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran injerencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue****, y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía,* ***por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas****, esto es, que su estado de salud era bueno, pesé que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.*

*Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita* ***se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así́ las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad” (***Subrayado y negrita fuera de texto***)***

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la UBERRIMA BUENA FE “BONA FIDES.

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

1. **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 ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz*** *(...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro[[10]](#footnote-10). (negrilla y subrayas fuera del texto)”.*

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez 17 , expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

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

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

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

*“****ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>.*** *Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.*

En conclusión, dado que el señor Juan Carlos Guerra fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

1. **PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011**

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

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

*(…)*

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

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

1. **PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

*“****ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.****La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

*La prescripción ordinaria* ***será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción****.*

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la* ***ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...),*** *al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”[[11]](#footnote-11)* (Subrayado fuera del texto original)

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

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

1. **GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co).

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.**

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

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

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

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

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

**MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. **DOCUMENTALES** 
   1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita el 20 de enero de 2020 por el señor Juan Carlos Guerra que se relaciona con el crédito No. 961916807.
   2. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
   3. Certificación del estado actual de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 214 0000115366, certificado No. 0013-0158-61-4013525870 en donde figura como asegurado el señor Juan Carlos Guerra.
   4. Derechos de petición enviados a Sanidad Militar, Ejercito Nacional, Ministerio de Defensa y Hospital Militar Central a fin de obtener la historia clínica del señor Juan Carlos Guerra y certificaciones sobre reubicaciones y actividades desarrolladas como parte desu vinculación laboral.

La mayoría de los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

1. **INTERROGATORIO DE PARTE** 
   1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **JUAN CARLOS GUERRA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor Guerra podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbelo.
2. **DECLARACIÓN DE PARTE** 
   1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA,** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Grupo Deudores.
3. **TESTIMONIALES** 
   1. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **CESAR AUGUSTO CARRASCAL**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.19.143.319, profesional médico adscrito a la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia clínica, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del Asegurado Juan Carlos Guerra

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud, cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías clínicas del señor Juan Carlos Guerra, así como de la relevancia o no de las prexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 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.

* 1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, Gerente Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, quien es diferente de mi prohijada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la asegurado, así como la relevancia o no de las prexistencias médicas no declaradas por el asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado 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](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co)

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

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor Juan Carlos Guerra,así como la relevancia o no de las prexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 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](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co).

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

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

* Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13.069.505, desde el año 2010 hasta el año 2022.
* Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 31 de mayo de 2022 del señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13069505 de Pasto (Acta de Junta Médico Laboral No. 124309 del 31 de mayo de 2022)
* Solicitud elevada por el señor Juan Carlos Guerra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
* Informe la fecha en que el señor Juan Carlos Guerra inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y pérdidas de capacidad previas que el señor Juan Carlos Guerra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Guerra Ortega inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 31 de mayo de 2022. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, como quiera que como afiliado es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:
* Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía 13069505, desde el año 2010 hasta el año 2022.
* Copia íntegra con todos sus soportes del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 31 de mayo de 2022 del señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13069505 de Pasto (Acta de Junta Médico Laboral No. 124309 del 31 de mayo de 2022)
* Solicitud elevada por el señor Juan Carlos Guerra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
* Informe la fecha en que el señor Juan Carlos Guerra inició los trámites de calificación.
* El expediente médico-laboral del señor Juan Carlos Guerra del que trata el literal c del articulo 16 del Decreto 1796 de 2020 y que debió servir de soporte para la emisión del acta medico laboral 124309 del 31 de mayo de 2022.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que el señor Juan Carlos Guerra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL** puede ser notificada en la Carrera 7 # 52 - 48 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: [atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co](mailto:atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co) y [disan.juridica@buzonejercito.mil.co](mailto:disan.juridica@buzonejercito.mil.co)

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Juan Carlos Guerra inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral de mayo 2022. (Junta Médica Laboral No. 124309 del 31 de mayo de 2022) Toda vez que dicha fecha indicará si para el momento de solicitar su inclusión al contrato de seguro, el señor Guerra ya conocía que iba a ser calificado. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Dirección de Sanidad del ejército, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Juan Carlos Guerra y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica, así como también, el dictámen que lo ha calificado y el expediente medico. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **EJERCITO NACIONAL** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:
* Certificación en la que se indique con certeza y precisión las fechas en las cuales el señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13069505 ha estado vinculado laboralmente con esta entidad. Desde su primera vinculación hasta la última de la que se tenga registro.
* Certificación en la que se indique el estado actual de la vinculación del señor Juan Carlos Guerra.
* Certificación en la que se informe acerca de las reubicaciones que haya tenido el Demandante Juan Carlos Guerra.
* Certificación en la que se precise cuáles son las funciones que actualmente desempeña el señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No.13069505, en el Ejercito Nacional.
* Certificación en la que se confirme cual es la modalidad del contrato que el señor Juan Carlos Guerra tiene actualmente con el Ejercito Nacional.

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

El Ejercito Nacional podrá ser notificada en la Carrera 54 # 26 - 25 en Bogotá, o en la dirección electrónica: peticiones@pqr.mil.co

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **MINISTERIO DE DEFENSA** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

* Certificación en la que se indique con certeza y precisión las fechas en las cuales el señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13.069.505 ha estado vinculado laboralmente con esta entidad. Desde su primera vinculación hasta la última de la que se tenga registro.
* Certificación en la que se indique el estado actual de la vinculación del señor Juan Carlos Guerra.
* Certificación en la que se informe acerca de las reubicaciones que haya tenido el Demandante Juan Carlos Guerra.
* Certificación en la que se precise cuáles son las funciones que actualmente desempeña el señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13.069.505.
* Certificación en la que se confirme cual es la modalidad del contrato que el señor Juan Carlos Guerra tiene actualmente con el Ministerio de Defensa-Ejercito Nacional.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es que resulta necesario conocer los documentos mencionados a efectos de determinar la existencia del presunto siniestro. Los mencionados documentos se encuentran en poder del Ministerio de Defensa como ministerio al que presta funciones el señor Juan Carlos Guerra y como quiera que a la fecha aún se encuentra vinculado, se requiere conocer el estado actual de su vinculación con el Ministerio de Defensa.

El ministerio de Defensa podrá ser notificado en la Carrera 54 Nº 26 – 25 CAN o en la dirección electrónica tribunalmedico@mindefensa.gov.co

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Juan Carlos Guerra correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2022. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Guerra.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Juan Carlos Guerra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

El HOSPITAL MILITAR CENTRAL puede ser notificado en la Transversal 3C No. 49 – 02 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico [judicialeshmc@hospitalmilitar.gov.co](mailto:judicialeshmc@hospitalmilitar.gov.co)

1. **OFICIOS**
   1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL**, 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 del señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13.069.505, desde el año 2010 hasta el año 2022.
* Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 31 de mayo de 2022 del señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13069505 de Pasto (Acta de Junta Médico Laboral No. 124309 del 31 de mayo de 2022)
* Solicitud elevada por el señor Juan Carlos Guerra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
* Informe la fecha en que el señor Juan Carlos Guerra inició los trámites de calificación.
* El expediente médico-laboral del señor Juan Carlos Guerra del que trata el literal c del articulo 16 del Decreto 1796 de 2020 y que debió servir de soporte para la emisión del acta medico laboral 124309 del 31 de mayo de 2022.

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 del señor Juan Carlos Guerra, 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 y antecedentes que el señor Juan Carlos Guerra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL** puede ser notificado en la Carrera 7 # 52 - 48 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: [atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co](mailto:atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co) y [disan.juridica@buzonejercito.mil.co](mailto:disan.juridica@buzonejercito.mil.co)

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **EJERCITO NACIONAL** para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:
* Certificación en la que se indique con certeza y precisión las fechas en las cuales el señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13.069.505 ha estado vinculado laboralmente con esta entidad. Desde su primera vinculación hasta la última de la que se tenga registro.
* Certificación en la que se indique el estado actual de la vinculación del señor Juan Carlos Guerra.
* Certificación en la que se informe acerca de las reubicaciones que haya tenido el Demandante Juan Carlos Guerra.
* Certificación en la que se precise cuáles son las funciones que actualmente desempeña el señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13.069.505.
* Certificación en la que se confirme cual es la modalidad del contrato que el señor Juan Carlos Guerra tiene actualmente con el Ministerio de Defensa-Ejercito Nacional.

El propósito de la exhibición de estos documentos es que resulta necesario conocer los documentos mencionados a efectos de determinar la existencia del presunto siniestro. Los mencionados documentos se encuentran en poder del Ejercito Nacional como entidad que vinculó al señor Juan Carlos Guerra y como quiera que a la fecha aún se encuentra vinculado, se requiere conocer el estado actual de su vinculación. 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 Ejercito Nacional podrá ser notificada en la Carrera 54 # 26 - 25 en Bogotá, o en la dirección electrónica: peticiones@pqr.mil.co

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **MINISTERIO DE DEFENSA** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:
* Certificación en la que se indique con certeza y precisión las fechas en las cuales el señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13.069.505 ha estado vinculado laboralmente con esta entidad. Desde su primera vinculación hasta la última de la que se tenga registro.
* Certificación en la que se indique el estado actual de la vinculación del señor Juan Carlos Guerra.
* Certificación en la que se informe acerca de las reubicaciones que haya tenido el Demandante Juan Carlos Guerra.
* Certificación en la que se precise cuáles son las funciones que actualmente desempeña el señor Juan Carlos Guerra identificado con cédula de ciudadanía No. 13.069.505.
* Certificación en la que se confirme cual es la modalidad del contrato que el señor Juan Carlos Guerra tiene actualmente con el Ministerio de Defensa-Ejercito Nacional.

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

El ministerio de Defensa podrá ser notificado en la Carrera 54 Nº 26 – 25 CAN o en la dirección electrónica tribunalmedico@mindefensa.gov.co

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Juan Carlos Guerra correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2022. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Guerra. El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Juan Carlos Guerra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. 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 HOSPITAL MILITAR CENTRAL puede ser notificado en la Transversal 3C No. 49 – 02 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico [judicialeshmc@hospitalmilitar.gov.co](mailto:judicialeshmc@hospitalmilitar.gov.co)

1. **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 tarifación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías del señor Juan Carlos Guerra se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el señor Guerra 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 al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

**ANEXOS**

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

**NOTIFICACIONES**

* El suscrito, en la Carrera 69 No. 4-48, Oficina 502 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto: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 [defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co)
* El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

**Texto, Pizarra

Descripción generada automáticamente**Del Señor Juez, Atentamente,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

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

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01. [↑](#footnote-ref-2)
3. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01. [↑](#footnote-ref-3)
4. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01. [↑](#footnote-ref-4)
5. Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.” [↑](#footnote-ref-5)
6. Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005. [↑](#footnote-ref-6)
7. Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes debanincurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro. [↑](#footnote-ref-7)
8. Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01 [↑](#footnote-ref-8)
9. LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164. [↑](#footnote-ref-9)
10. 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. [↑](#footnote-ref-10)
11. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas. [↑](#footnote-ref-11)