Señores

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE GUADALAJARA DE BUGA**

[**j01ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co**](mailto:j01ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

|  |  |
| --- | --- |
| **REFERENCIA**: | VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL |
| **RADICACIÓN**: | 76111310300-**2024-00079-** 00 |
| **DEMANDANTE:** | GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA |
| **DEMANDADO**: | BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. |
|  |  |

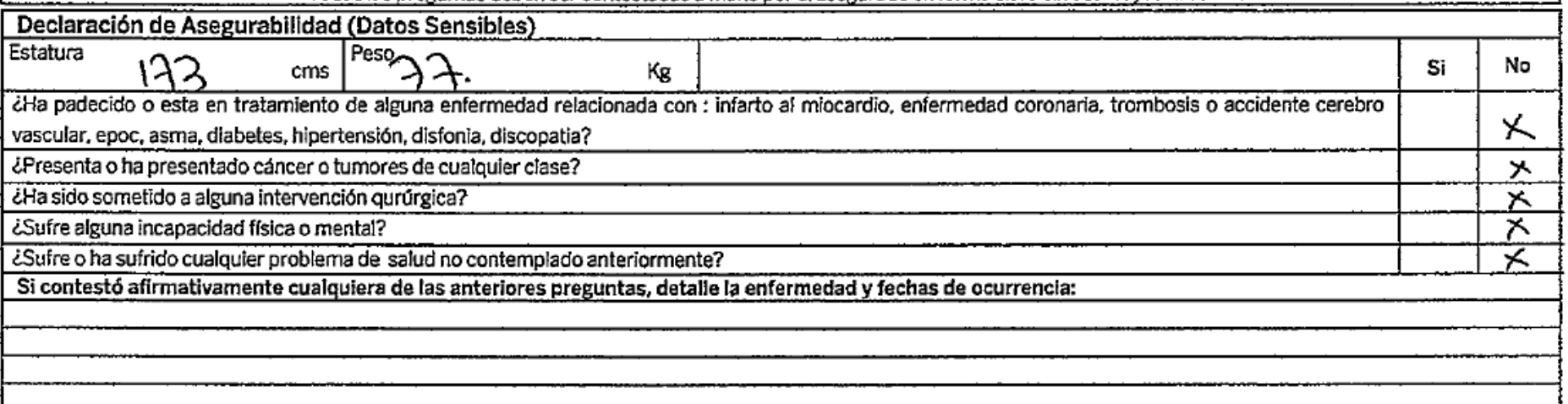
**ASUNTO**: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

**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 GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA, 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 que el aquí demandante suscribió con mi poderdante póliza de seguro No. 02 260 0000017149 el pasado 16 de septiembre 2021, en relación con la obligación No. 9623854791 contraída con el Banco BBVA COLOMBIA S.A, sin embargo desde ya el honorable despacho, deberá tener en consideración que para la suscripción de cada uno de estos seguros, al señor Buitrago Medina 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 Buitrago Medina conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad a la suscripción del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de: "*rotura de ligamentos en rodilla*, a*sma desde la infancia, dislipidemia y tinnitus bilatera*l". Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en las que se evidencian las respuestas negativas y falsas del asegurado, y que se aportan al presente proceso junto con la contestación.



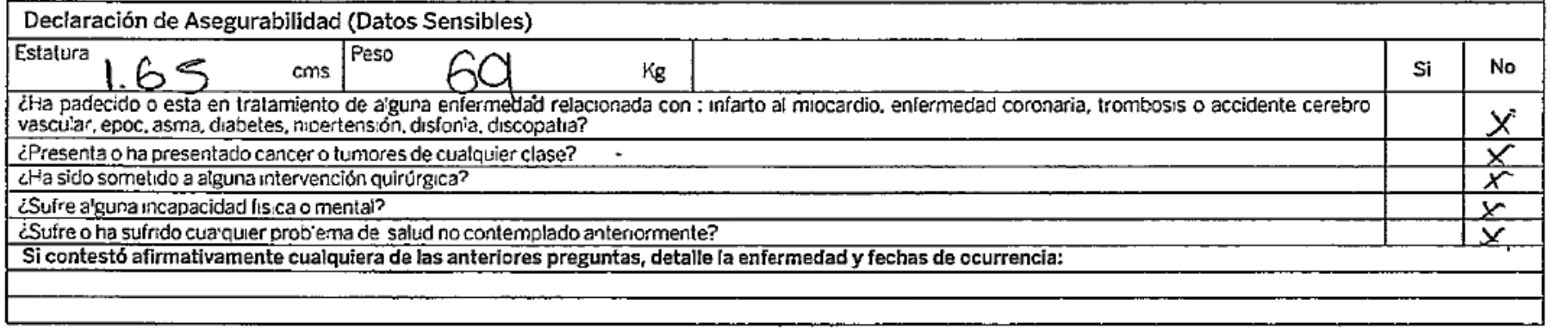
En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Buitrago Medina respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar 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. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión al contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

En resumen, el señor Buitrago Medina fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en los contratos 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 dichos contratos, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido que el señor Buitrago padecía de rotura de ligamentos en rodilla (reportada 1998), asma desde la infancia (reportada 12/02/2021), dislipidemia desde 2005 (reportada el 09/09/2020), y tinnitus bilateral con 9 años de evolución (reportada 05/04/2023), evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en ellos.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023 y que provienen de la historia clínica del señor Buitrago Medina 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:** Es cierto la existencia del contrato de seguro No. 02 246 0000001096 suscrito con mi poderdante el 24 de mayo de 2022, la cual se suscribe con el fin de asegurar el crédito No. 9600023497. Para la suscripción de este seguro, se le formuló al señor Buitrago Medina un cuestionario sobre su estado de salud (declaración de asegurabilidad), con preguntas redactadas de manera clara y comprensible para cualquier persona.

Sin embargo, el Asegurado respondió negativamente a estas preguntas, siendo consciente que dichas respuestas no correspondían a la verdad. El señor Buitrago Medina, conociendo sus condiciones de salud previas a la suscripción del seguro, ocultó la existencia de sus padecimientos, particularmente: "*rotura de ligamentos en rodilla,* *asma desde la infancia, dislipidemia y tinnitus bilateral*".



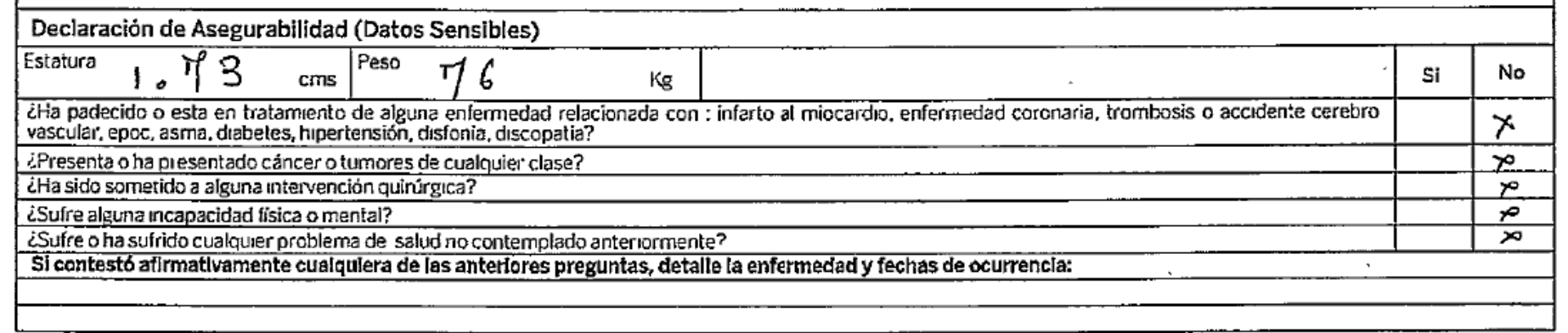
Las respuestas negativas del señor Buitrago Medina en la declaración de asegurabilidad constituyen una clara falta a la verdad, lo que activa la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y consecuentemente la nulidad del contrato. El asegurado tenía la obligación de informar a la Aseguradora sobre estas condiciones preexistentes, pues de haberlas conocido oportunamente, es decir, antes de la celebración del contrato de seguro, la compañía se habría abstenido de celebrarlo o habría establecido condiciones más onerosas.

La reticencia del señor Buitrago Medina se evidencia en su falta de sinceridad al declarar el estado del riesgo previo a la suscripción del seguro. Esta omisión es particularmente relevante dado que las enfermedades y antecedentes ocultados son de suma importancia para el Asegurador. De haber conocido que el asegurado padecía rotura de ligamentos en rodilla (reportada 1998), asma desde la infancia (reportada 12/02/2021), dislipidemia desde 2005 (reportada 09/09/2020), y tinnitus bilateral con 9 años de evolución (reportada 05/04/2023), la aseguradora habría decidido no celebrar el contrato o establecer condiciones más gravosas.

Las anotaciones contenidas en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023, extraídas de la historia clínica del señor Buitrago Medina, confirman que estas enfermedades cumplen ampliamente con los requisitos establecidos en el artículo 1058 del Código de Comercio para declarar la nulidad del seguro por reticencia.

**TERCERO:** Es cierto, actualmente se registra un seguro de vida deudores con numero de póliza 02 245 0000078313 vinculado a la obligación No. 9600476483 cuyo asegurado es el señor Gersson Freddy Buitrago Medina. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que para el 04 de mayo de 2020, fecha en la cual el señor Buitrago Medina 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.

Sin embargo, al responder el cuestionario de asegurabilidad, el señor Buitrago Medina omitió deliberadamente informar sobre sus condiciones médicas preexistentes, específicamente: *"rotura de ligamentos en rodilla, gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral, asma desde la infancia, dislipidemia y tinnitus bilateral"*.



Esta omisión en la declaración de asegurabilidad configura una reticencia que activa los efectos del artículo 1058 del Código de Comercio, conduciendo a la nulidad del contrato. El deber del Asegurado era informar verazmente estas condiciones preexistentes a la Aseguradora de Vida, pues su conocimiento habría sido determinante para la celebración del contrato o para establecer condiciones diferentes.

La falta de transparencia del señor Buitrago Medina al momento de declarar su estado de salud constituye una reticencia significativa, considerando la naturaleza de las enfermedades no declaradas. Los registros médicos demuestran que padecía rotura de ligamentos en rodilla (reportada en 1998), gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, asma desde la infancia (reportada 12/02/2021), dislipidemia desde 2005 (reportada 09/09/2020), y tinnitus bilateral con 9 años de evolución (reportada 05/04/2023). El conocimiento de estas condiciones habría llevado a la aseguradora a no celebrar el contrato o a establecer términos sustancialmente diferentes.

Lo anterior se confirma con el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023, donde la historia clínica del señor Buitrago Medina evidencia que sus padecimientos satisfacen plenamente los presupuestos del artículo 1058 del Código de Comercio para declarar la nulidad del contrato por reticencia.

**CUARTO:** Es cierto. No obstante, debe tenerse en cuenta que las patologías que dieron lugar a la calificación del 51.23% son de vieja data, diagnosticadas antes de la fecha en que el asegurado suscribió las pólizas de seguro objeto de la presente litis. Esta circunstancia evidencia claramente la reticencia del señor Buitrago Medina, quien a pesar de conocer sus diagnósticos preexistentes, optó por no declararlos al momento de contratar el seguro.

Esta omisión deliberada activa los efectos del artículo 1058 del Código de Comercio, conduciendo a la nulidad del contrato, pues de haber conocido estas condiciones preexistentes, la aseguradora habría tomado una decisión diferente respecto a la celebración del contrato o habría establecido condiciones más onerosas.

**QUINTO:** Es cierto que BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. recibió petición por parte del señor Buitrago Medina a fin de hacer efectivos los seguros adscritos a los créditos antes referidos. Sin embargo, mi representada objetó el pago de los mismos debido a que el asegurado fue reticente al no declarar sinceramente su estado de salud al momento de suscribir los seguros. Esta reticencia se hace evidente al constatar que las patologías que dieron lugar a la calificación del 51.23% son de vieja data, diagnosticadas antes de la fecha en que el señor Buitrago Medina suscribió las declaraciones de asegurabilidad.

La gravedad de la reticencia se materializa en que el asegurado, conociendo sus diagnósticos preexistentes, optó por ocultarlos deliberadamente al momento de responder el cuestionario de asegurabilidad. Específicamente, omitió declarar padecimientos significativos como: *"rotura de ligamentos en rodilla,* g*onalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral, asma desde la infancia, dislipidemia y tinnitus bilateral"*.

Esta conducta constituye una clara violación al deber de declarar sinceramente el estado del riesgo, especialmente considerando que estas enfermedades eran de su pleno conocimiento antes de la suscripción del seguro. La compañía aseguradora, de haber conocido estas condiciones preexistentes, habría tomado una decisión diferente respecto a la celebración del contrato o habría establecido condiciones más onerosas.

**SEXTO:** Si bien dicha manifestación efectivamente fue realizada por BBVA SEGUROS DE VIDA SEGUROS S.A., es importante destacar que la compañía sí procedió con el pago de los seguros correspondientes a dos de las obligaciones crediticias, las cuales no son objeto del presente proceso. Esto ocurrió porque al momento de la reclamación presentada por el demandante el 04 de marzo de 2024, la cual incluía cinco obligaciones crediticias, estas dos pólizas en particular no requerían declaración de asegurabilidad dado el tipo de producto financiero asociado. En estos casos, según las condiciones del producto, la cobertura del seguro opera de manera automática.

Esta situación demuestra que la aseguradora actúa de manera objetiva y conforme a las condiciones pactadas en cada tipo de seguro, realizando el pago cuando las circunstancias contractuales así lo determinan, independientemente de la existencia de reticencia en otras pólizas. En estos casos específicos, al no existir el requisito de declaración de asegurabilidad, el seguro se activó automáticamente, cumpliendo así con su obligación contractual.

Esta distinción es relevante pues evidencia que cada póliza tiene sus propias características y condiciones, y que la compañía aseguradora evalúa y procede con cada caso según sus particularidades específicas, siempre en observancia de los términos contractuales establecidos.

**SÉPTIMO:** Es cierto. No obstante, la negativa al pago se fundamenta en la reticencia del asegurado frente a los tres contratos de seguro: No. 02 260 0000017149 de fecha 16 de septiembre 2021, No. 02 246 0000001096 de fecha 24 de mayo de 2022 y No. 02 245 0000078313 de fecha 04 de mayo de 2023. Para la suscripción de cada uno de estos seguros, al señor Buitrago Medina se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, con preguntas redactadas de manera clara y comprensible para cualquier persona.

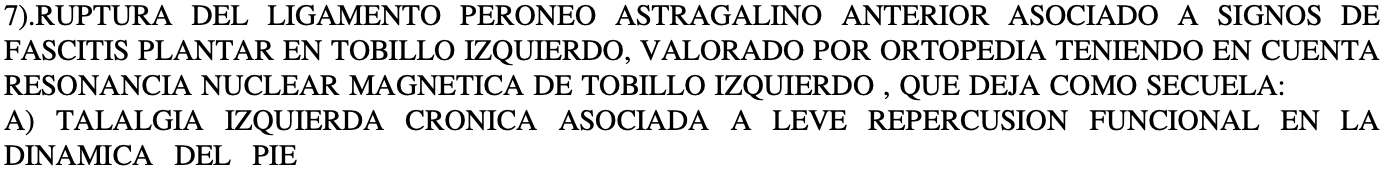
Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas en cada uno de los cuestionarios, el Asegurado respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas constituían una falta a la verdad. A pesar de que el señor Buitrago Medina conocía sus padecimientos de salud con anterioridad a la suscripción de los seguros, negó la existencia de todas sus enfermedades, particularmente: "*rotura de ligamentos en rodilla, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral, asma desde la infancia, dislipidemia y tinnitus bilateral"*.

Esta conducta configura una clara reticencia que activa la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y consecuentemente la nulidad de los contratos, pues el Asegurado tenía la obligación de informar estas condiciones preexistentes a la Aseguradora. De haber conocido que el asegurado padecía rotura de ligamentos en rodilla (1998), gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, asma desde la infancia (reportada 12/02/2021), dislipidemia desde 2005 (reportada 09/09/2020), y tinnitus bilateral con 9 años de evolución (reportada 05/04/2023), la compañía se habría abstenido de celebrar los contratos o habría establecido condiciones más onerosas en ellos.

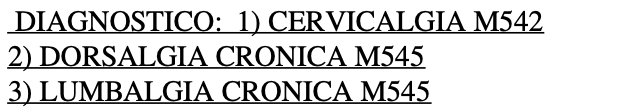
Lo anterior se confirma con las anotaciones incluidas en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023, que provienen de la historia clínica del señor Buitrago Medina, las cuales evidencian que estas enfermedades cumplen ampliamente los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad de los seguros por reticencia.



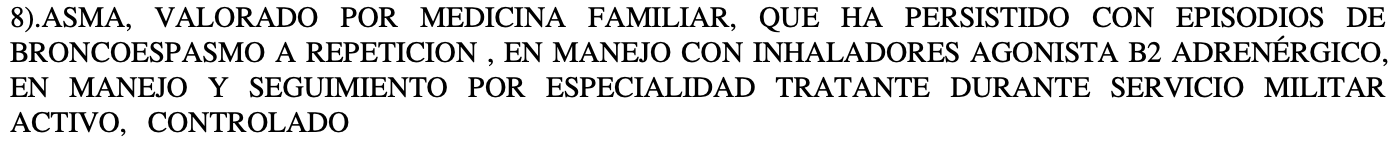
*Diagnóstico de GONALGIA extraído del Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023. Pág. 05.*

**

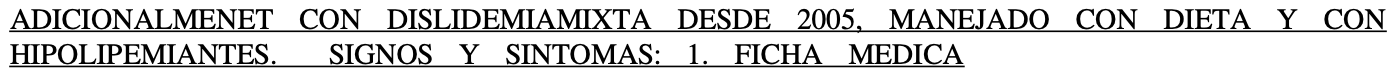
*Diagnóstico de TALAGIA extraído del Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023. Pág. 06.*



*Diagnósticos de cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia extraído del Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023. Pág. 03.*



*Diagnóstico de ASMA extraído del Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023. Pág. 06.*

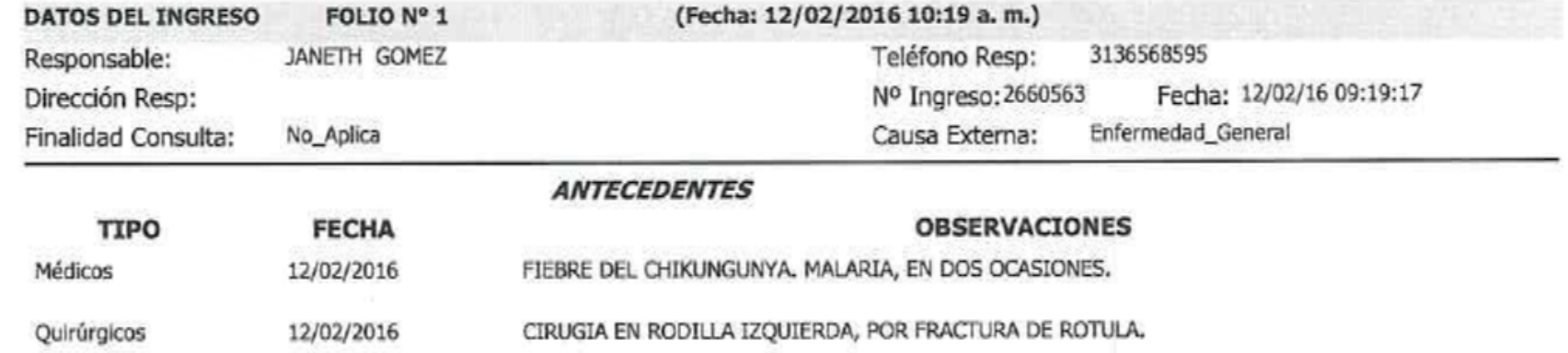
**

*Diagnóstico de DISLIPIDEMIA extraído del Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023. Pág. 02.*

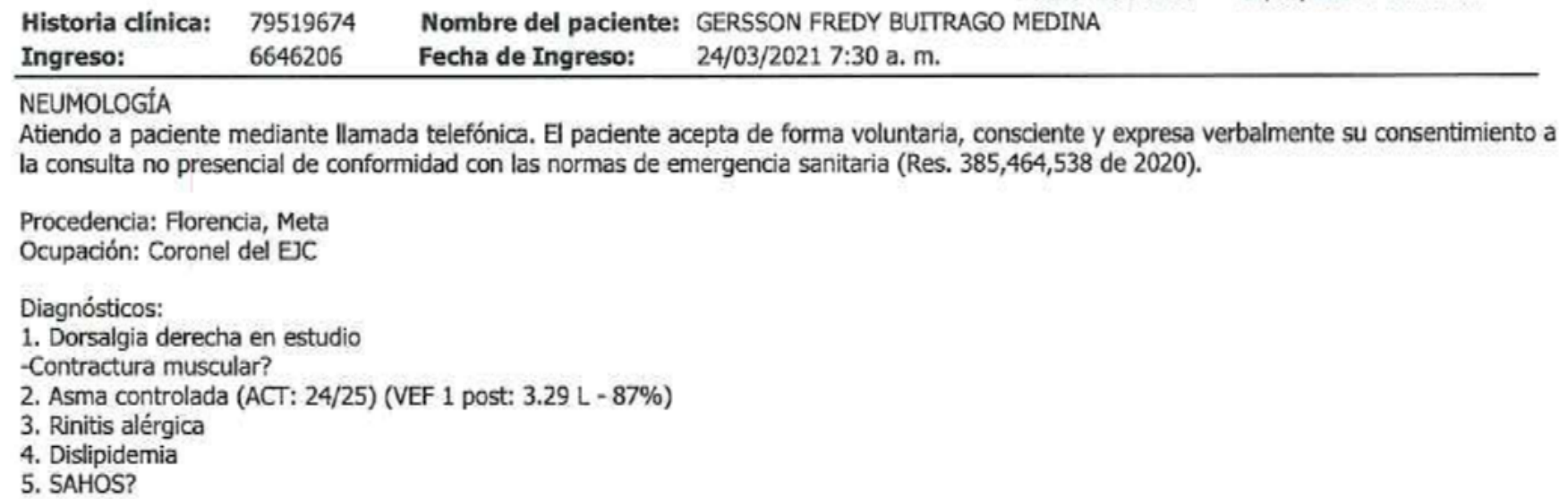


*Diagnóstico de TINNITUS extraído del Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023. Pág. 06.*

Los anteriores diagnósticos, guardan relación con los hallazgos tenidos en cuenta dentro de la historia clínica del Hospital Militar Central con fecha del 12 de febrero de 2016 mediante el cual se relaciona el tratamiento de rodilla:



De igual forma en atención del 24 de marzo de 2021 ya se encontraban establecidos como diagnósticos como la dorsalgia, la dislipidemia y el asma:



Los anteriores extractos del dictamen e historia clínica reiteran las omisiones realizadas por el demandante al no declarar de manera fehaciente sus dolencias y diagnósticos en las declaraciones de asegurabilidad de los seguros objeto del litigio

Estas omisiones son particularmente graves toda vez que dichos padecimientos eran bien conocidos por el señor Buitrago Medina, quien tenía plena consciencia de sus diagnósticos.

La historia clínica y el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023 evidencian no solo la existencia de estas patologías sino también su antigüedad, demostrando que el asegurado conocía perfectamente su estado de salud al momento de suscribir cada una de las declaraciones de asegurabilidad. No obstante, optó por no revelar esta información crucial que habría sido determinante para que la aseguradora evaluara adecuadamente el riesgo y tomara una decisión informada sobre la celebración de los contratos o el establecimiento de condiciones más onerosas.

Esta conducta constituye una clara violación al deber de declarar sinceramente el estado del riesgo, configurándose así la reticencia que fundamenta la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y la consecuente nulidad de los contratos de seguro.

**OCTAVO:** Es cierto. La compañía BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. objetó el pago de las tres obligaciones con base en la reticencia evidenciada en los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar. Estos documentos demuestran que el señor Buitrago Medina ocultó deliberadamente información crucial sobre sus patologías preexistentes al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad de los seguros objeto del litigio.

En efecto, los registros médicos evidencian una serie de condiciones y antecedentes que el asegurado conocía pero decidió no declarar:

* Antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998
* Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023
* Asma desde la infancia, reportada el 12/02/2021
* Dislipidemia desde 2005, reportada el 09/09/2020
* Tinnitus bilateral con 9 años de evolución, reportada el 05/04/2023

Estas patologías y su cronología demuestran que el asegurado tenía pleno conocimiento de su estado de salud al momento de suscribir cada una de las declaraciones de asegurabilidad. La no declaración de estas condiciones preexistentes constituye una clara reticencia que afectó la evaluación del riesgo por parte de la aseguradora, pues de haber conocido estas condiciones, habría tomado una decisión diferente respecto a la celebración de los contratos o habría establecido condiciones más onerosas.

Esta conducta configura los presupuestos del artículo 1058 del Código de Comercio para declarar la nulidad de los contratos por reticencia, pues el asegurado ocultó información determinante que habría modificado la apreciación del riesgo por parte de la aseguradora.

**NOVENO:** NO SE SEÑALA HECHO NOVENO EN EL ESCRITO DE DEMANDA.

**DÉCIMO:** Es cierto. El Acta del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y Policía No. 3063 del 17 de enero de 2007, que revocó el Acta de Junta Médica Laboral No. 2363 del 5 de octubre de 1999, fue aportada al expediente por el demandante y dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 0% al señor Gersson Buitrago, con ocasión a una cirugía de rodilla izquierda.

Adicionalmente, este hecho constituye una confesión por medio de apoderado judicial de conformidad con lo establecido en el artículo 193 del Código General del Proceso, lo cual confirma la preexistencia de condiciones de salud que debieron ser declaradas al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad de los seguros objeto de controversia.

**DÉCIMO PRIMERO:** Es cierto que en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023, emitida por la DIRECCIÓN DE SANIDAD - EJÉRCITO NACIONAL - FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA, no se incluyó en la calificación del 51.23% la cirugía de rodilla izquierda, la cual ya había sido valorada con un 0% de pérdida de capacidad laboral.

Sin embargo, es fundamental precisar que en dicha calificación sí fueron consideradas las demás dolencias preexistentes del señor Buitrago Medina, tales como gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, asma desde la infancia (reportada 12/02/2021), dislipidemia desde 2005 (reportada 09/09/2020), y tinnitus bilateral con 9 años de evolución (reportada 05/04/2023). Estas patologías, que fueron determinantes en la calificación de pérdida de capacidad laboral, no fueron declaradas por el asegurado al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad de los seguros objeto del presente litigio, constituyendo así una clara reticencia que afectó la evaluación del riesgo por parte de la aseguradora.

**DÉCIMO SEGUNDO:** La manifestación relativa al artículo 876 del Código de Comercio sobre el lugar de pago de las obligaciones condicionales a cargo de la aseguradora corresponde a preceptos normativos y no a circunstancias fácticas de modo, tiempo y lugar, por lo cual no constituye un hecho que deba ser controvertido en la presente contestación.

**DÉCIMO TERCERO:** La manifestación relativa al numeral 3 del artículo 28 del Código General del Proceso sobre los factores de competencia territorial corresponde a preceptos normativos y no a circunstancias fácticas de modo, tiempo y lugar, por lo cual no constituye un hecho que deba ser controvertido en la presente contestación.

**DÉCIMO CUARTO:** Es cierto de acuerdo con el poder aportado por el demandante al expediente.

**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 Buitrago Medina 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 pretensión de declarar la existencia de los contratos de seguro No. 02 260 0000017149, No. 02 246 0000001096 y No. 02 245 0000078313, vinculados a las obligaciones contraídas por el señor Buitrago Medina, 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 de los contratos de seguro**: No podrá declararse la existencia y consecuente efectividad de los contratos de seguro que respaldan las referidas obligaciones objeto de litigio, como quiera que el señor Buitrago Medina fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, esto es no informó sus diagnósticos de ***"Antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023".***Las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, según consta en los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros en las fechas 16 de septiembre de 2021, 24 de mayo de 2022 y 04 de mayo de 2023, 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 Buitrago Medina tenía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

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. Los aseguramientos del señor Buitrago Medina deben declararse nulos, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de sus seguros. Más aun, cuando en las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó expresamente 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 pretensión de declarar la ocurrencia del siniestro en los contratos de seguro identificados, 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 de los contratos de seguro**: No podrá declararse la ocurrencia del siniestro en los contratos de seguro, como quiera que el señor Buitrago Medina fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, esto es no informó sus diagnósticos de "***Antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023".*** Las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, según consta en los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros en las fechas 16 de septiembre de 2021, 24 de mayo de 2022 y 04 de mayo de 2023, 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 Buitrago Medina tenía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, al ser nulos los contratos de seguro por aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio como consecuencia de la reticencia del asegurado, no es procedente declarar la ocurrencia del siniestro sobre contratos que carecen de validez jurídica. Los aseguramientos del señor Buitrago Medina deben declararse nulos, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de sus seguros. Más aun, cuando en las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó expresamente si se ha sometido a cirugías o no, si sufre o ha sufrido enfermedades no descritas en los cuestionarios.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN TERCERA**: Me **OPONGO** a la pretensión de condena al pago de la indemnización referida al saldo insoluto de las obligaciones como consecuencia lógica y jurídica de la oposición a las pretensiones anteriores, pues al no ser procedente la declaración de existencia de los contratos de seguro ni la ocurrencia del siniestro, tampoco lo es la condena al pago de suma alguna.

Adicionalmente, me OPONGO por las siguientes razones específicas:

**Nulidad de los contratos de seguro:** No podrá condenarse al pago de indemnización alguna, como quiera que el señor Buitrago Medina fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, esto es no informó sus diagnósticos de "***Antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023".*** Las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, según consta en los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros en las fechas 16 de septiembre de 2021, 24 de mayo de 2022 y 04 de mayo de 2023, 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 Buitrago Medina tenía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, siendo nulos los contratos de seguro por aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio como consecuencia de la reticencia del asegurado, no existe obligación de pago de indemnización alguna por parte de mi representada. Los aseguramientos del señor Buitrago Medina deben declararse nulos, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de sus seguros. Más aun, cuando en las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó expresamente si se ha sometido a cirugías o no, si sufre o ha sufrido enfermedades no descritas en los cuestionarios.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN CUARTA**: Me **OPONGO** a la pretensión de condena al pago de intereses moratorios consecuencia lógica y jurídica de la oposición a las pretensiones anteriores, pues al no ser procedente la declaración de existencia de los contratos de seguro, ni la ocurrencia del siniestro, ni la condena al pago de las indemnizaciones pretendidas, tampoco resulta procedente la condena al pago de intereses moratorios del artículo 1080 del Código de Comercio.

Adicionalmente, me OPONGO por las siguientes razones específicas:

**Nulidad de los contratos de seguro**: No podrá condenarse al pago de intereses moratorios sobre ninguna suma, como quiera que el señor Buitrago Medina fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, esto es no informó sus diagnósticos de "***Antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023".*** Las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, según consta en los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros en las fechas 16 de septiembre de 2021, 24 de mayo de 2022 y 04 de mayo de 2023, 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 Buitrago Medina tenía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, siendo nulos los contratos de seguro por aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio como consecuencia de la reticencia del asegurado, no existe obligación de pago de intereses moratorios del artículo 1080 del Código de Comercio, pues estos solo proceden ante el incumplimiento de una obligación válida y exigible, calidad que no tienen las obligaciones derivadas de contratos nulos. Los aseguramientos del señor Buitrago Medina deben declararse nulos, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de sus seguros. Más aun, cuando en las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó expresamente si se ha sometido a cirugías o no, si sufre o ha sufrido enfermedades no descritas en los cuestionarios.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN QUINTA:** Me **OPONGO** a la pretensión de condena en costas y agencias en derecho, toda vez que la oposición de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. se encuentra plenamente justificada en la nulidad de los contratos de seguro por la reticencia del asegurado, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, siendo esta una defensa legítima de sus intereses basada en causales objetivas y probadas mediante los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar, que demuestran las patologías preexistentes no declaradas por el señor Buitrago Medina al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad.

**OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA**

Resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso se presentan las siguientes razones para que sea improcedente afectar las pólizas de seguro:

En primer lugar, no puede perderse de vista que el señor Buitrago Medina fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, esto es en las fechas 16 de septiembre de 2021, 24 de mayo de 2022 y 04 de mayo de 2023. Las omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido los diagnósticos de ***"Antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023",*** con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, 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 Buitrago Medina que reposan en los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar, 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 sus seguros 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 deben hacer efectivas las pólizas materia de litigio. De todos modos, deberá tomar en consideración que el único beneficiario de estas 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 de los Contratos 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 Buitrago Medina, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de sus aseguramientos en las fechas 16 de septiembre de 2021, 24 de mayo de 2022 y 04 de mayo de 2023, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, específicamente el antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, y Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023, 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 sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, 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-2)*** *.* (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 Buitrago Medina, 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-3) (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-4) (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-5)*(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.

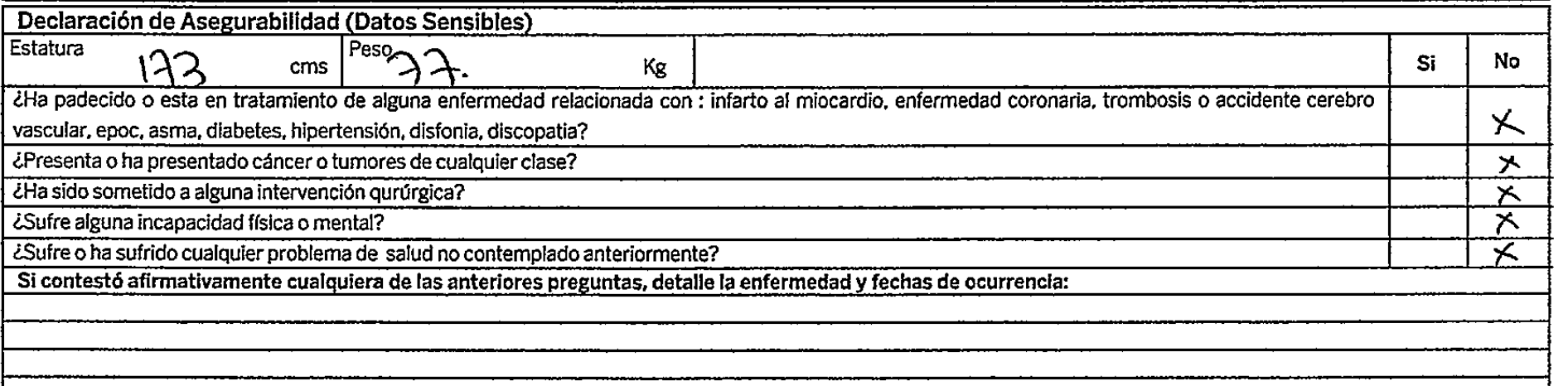
Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para las fechas 16 de septiembre de 2021, 24 de mayo de 2022 y 04 de mayo de 2023, fechas en las cuales el Asegurado solicitó sus aseguramientos, y se le formularon cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad), en los cuales 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 Buitrago Medina 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 Buitrago conocía de sus padecimientos de salud, como lo demuestran los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar que evidencian:

* Antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998
* Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023
* Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021
* Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020
* Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023

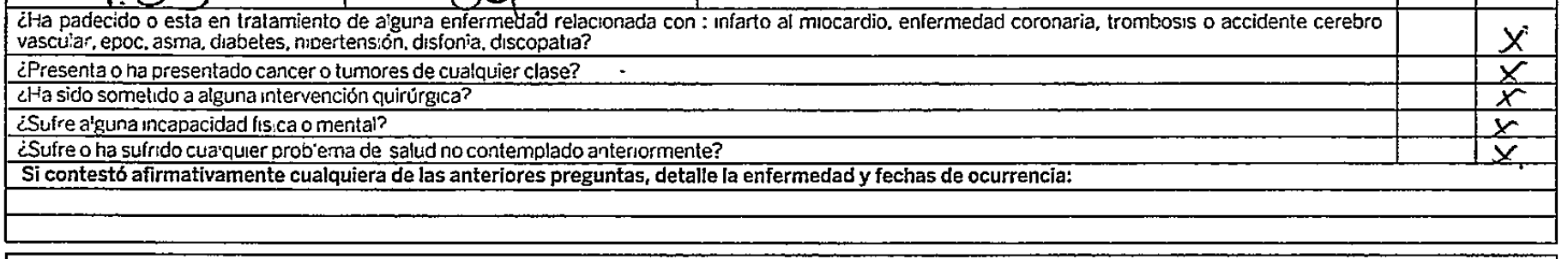
Negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citadas declaraciones de asegurabilidad, en las que se evidencian las respuestas negativas y falsas del señor Buitrago Medina y que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

* **Declaración de asegurabilidad que data del 16 de septiembre de 2021**

****

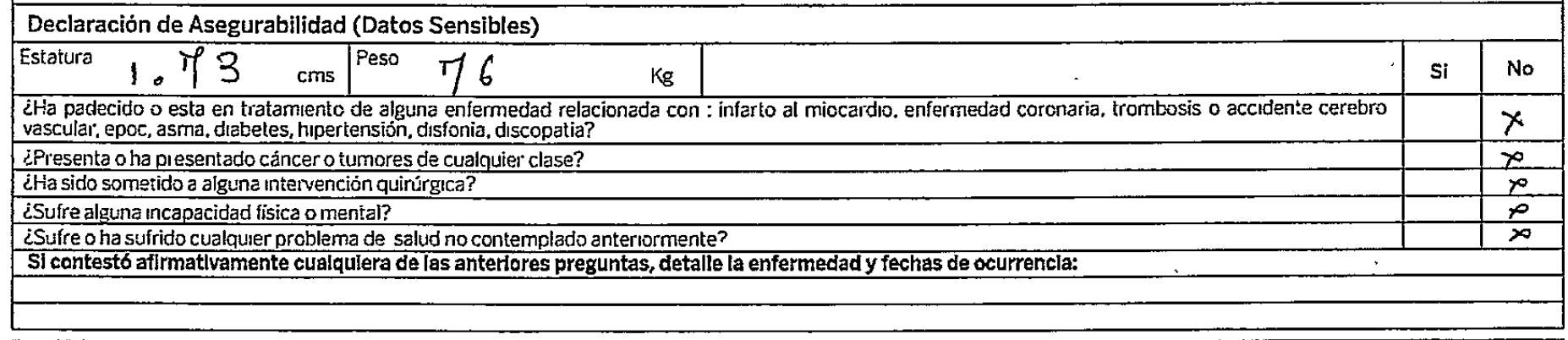
Visto lo anterior, la aseguradora indagó al señor Buitrago Medina sobre su condición de salud y como se vio se preguntó **si sufre o** **ha sufrido** de las citadas condiciones, específicamente de si padeció o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: asma, o si ha sido sometido a alguna 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.

* **Declaración de asegurabilidad que data del 24 de mayo de 2022**

****

Visto lo anterior, la aseguradora indagó al señor Buitrago Medina sobre su condición de salud y como se vio se preguntó **si sufre o** **ha sufrido** de las citadas condiciones, específicamente de si padeció o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: asma, o 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.

* **Declaración de asegurabilidad que data del 04 de mayo de 2023**

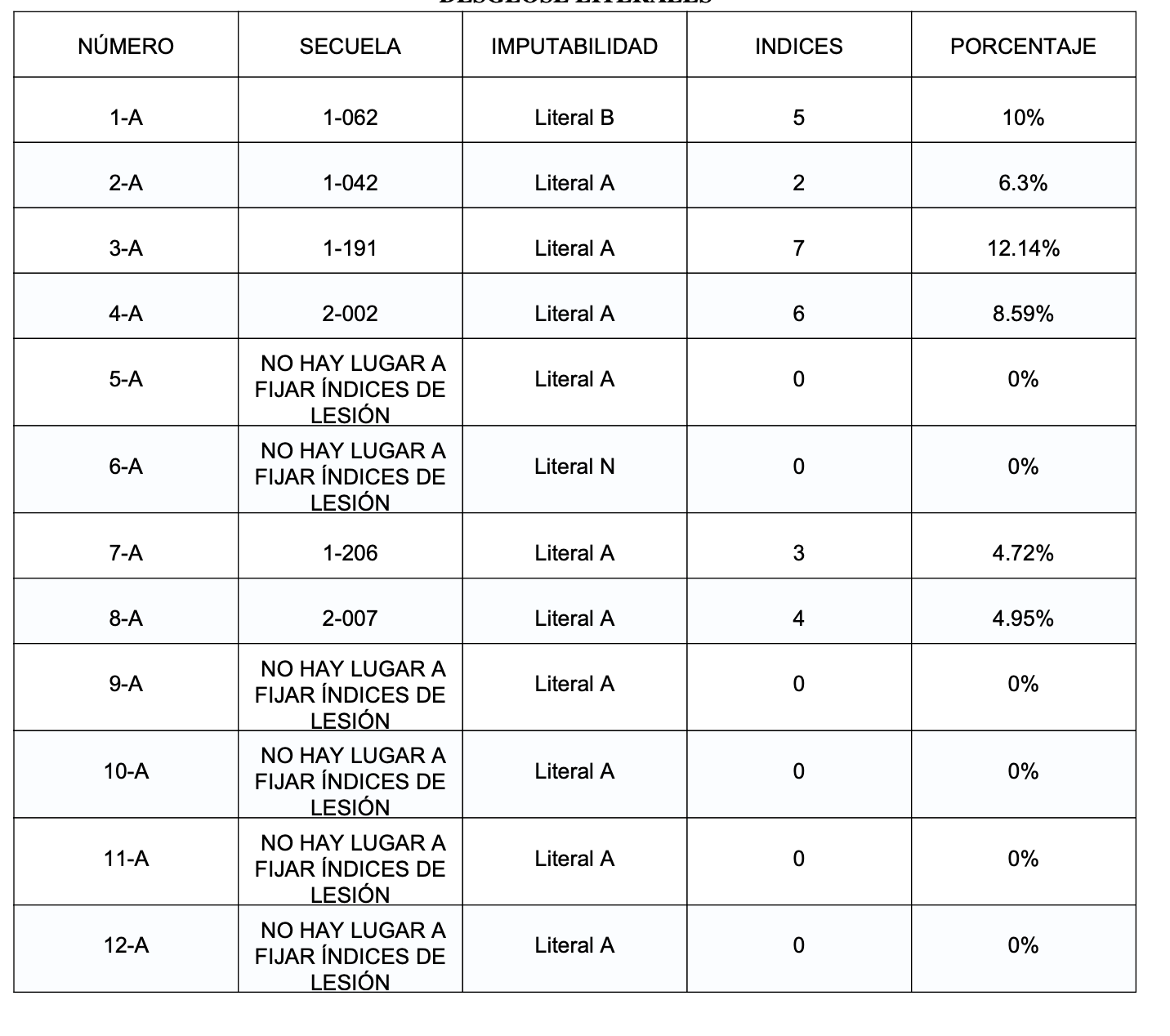
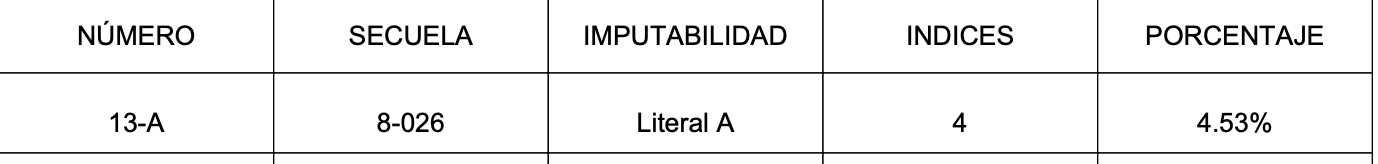


Visto lo anterior, la aseguradora indagó al señor Buitrago Medina sobre su condición de salud y como se vio se preguntó **si sufre o** **ha sufrido** de las citadas condiciones, específicamente de si padeció o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: asma, o si ha sido sometido a alguna 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 Gersson Buitrago Medina 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 Buitrago Medina 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 Buitrago Medina tenía sendos padecimientos de salud con anterioridad a la suscripción de los seguros objetos del presente litigio, 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 1-A, 2-A, 3-A, 4-A, 7-A, 8-A, Y 13-A 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:

“*1-A: LUMBALGIA CRONICA*

*2-A: CERVICALGIA CRONICA*

*3-A: GONALGIA DERECHA CRONICA CON ALTERACION FUNCIONAL DE LA RODILLA*

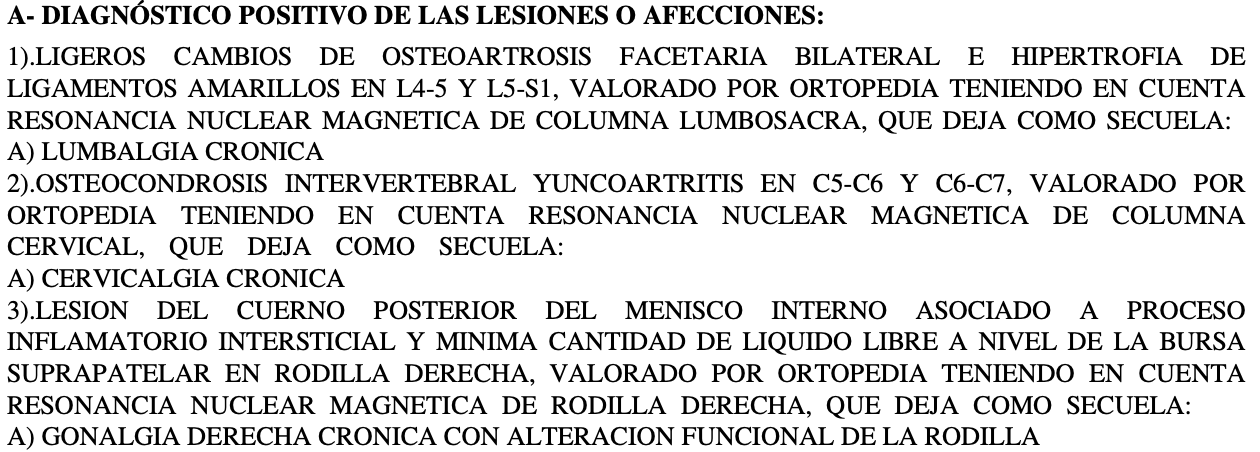
*4-A: RINITIS ALERGICA, VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, EN MANEJO CON ANTIHISTAMINICOS, CON HISTORIA CLINICA QUE CONFIRMA SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ESPECIALIDAD TRATANTE DURANTE SERVICIO ACTIVO, CON SINTOMAS ATOPICOS NASALES PERMANENTES Y INTERMITENTES, EN EL MOMENTO CONTROLADO*

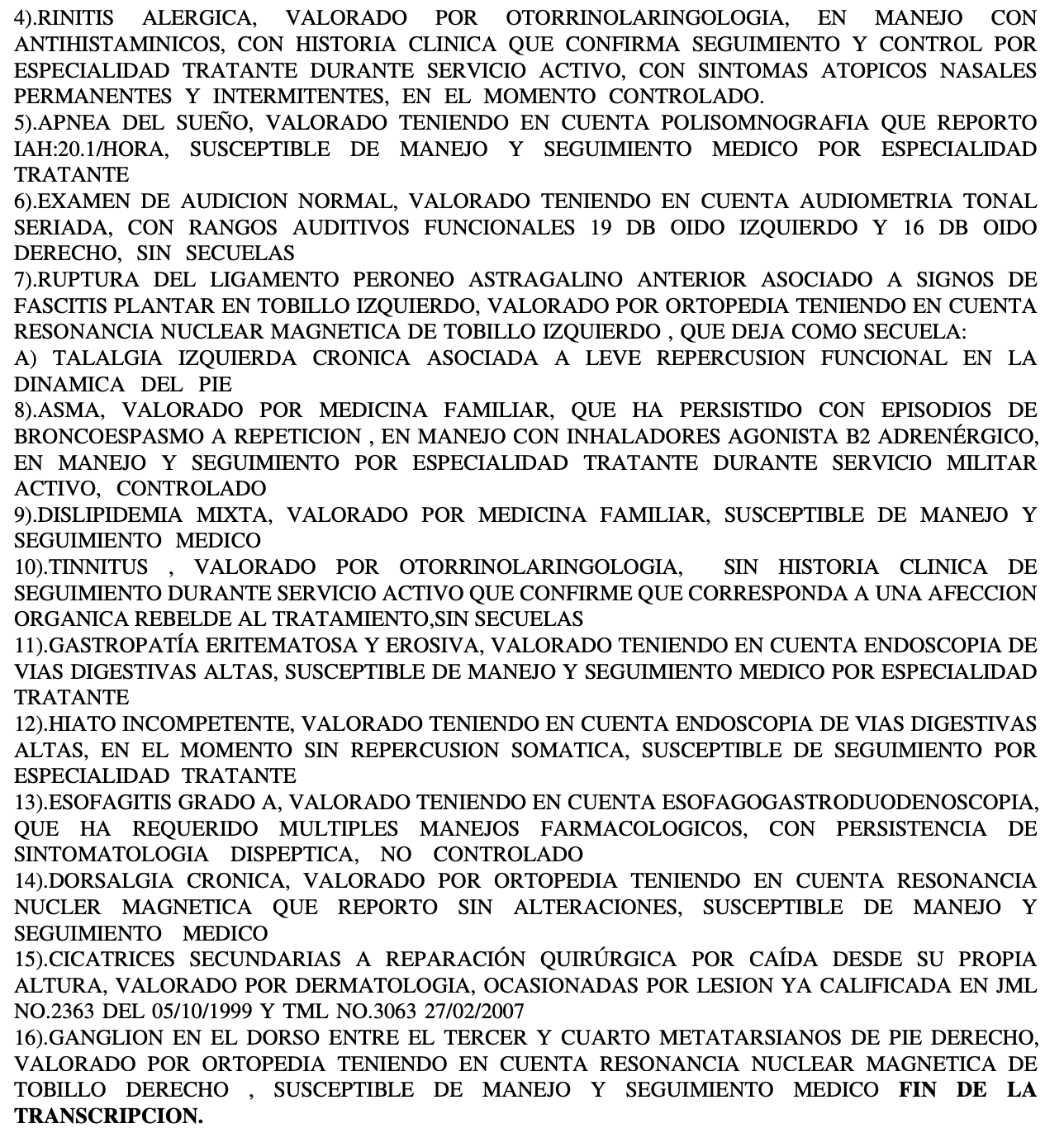
*7-A: TALALGIA IZQUIERDA CRONICA ASOCIADA A LEVE REPERCUSION FUNCIONAL EN LA DINAMICA DEL PIE*

*8-A: ASMA, VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR, QUE HA PERSISTIDO CON EPISODIOS DE BRONCOESPASMO A REPETICION , EN MANEJO CON INHALADORES AGONISTA B2 ADRENÉRGICO, EN MANEJO Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD TRATANTE DURANTE SERVICIO MILITAR ACTIVO, CONTROLADO*

*13-A: ESOFAGITIS GRADO A, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, QUE HA REQUERIDO MULTIPLES MANEJOS FARMACOLOGICOS, CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA DISPEPTICA, NO CONTROLADO”*

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





Como se puede ver en la anotación inscrita en el acta de junta medico laboral que obra en el expediente, el señor Buitrago Medina padecía de varias afecciones con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad necesaria para la suscripción del seguro, tales afecciones son: *“antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, y Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023,”.* Como se vio estas afecciones son muy anteriores a la fecha de suscripción de los contratos de seguro de fechas 16 de septiembre de 2021, 24 de mayo de 2022 y 04 de mayo de 2023, lo que implica que eran de pleno conocimiento del señor Buitrago Medina, sin embargo nunca las informó a la compañía aseguradora.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual ***(i)*** Al momento de suscribir la primera declaración de asegurabilidad el 16 de septiembre de 2021, el señor Buitrago Medina ya padecía y conocía de su antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, dislipidemia desde 2005 (reportada el 09/09/2020) y asma desde la infancia (reportada el 12/02/2021). Posteriormente, al suscribir la segunda declaración de asegurabilidad el 24 de mayo de 2022, además de los padecimientos anteriores que continuaban vigentes, no declaró ninguna nueva condición. Finalmente, al momento de suscribir la tercera declaración de asegurabilidad el 04 de mayo de 2023, además de todas las patologías anteriores que persistían, el asegurado ya presentaba gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral (desde 03/04/2023) y tinnitus bilateral con 9 años de evolución (reportada el 05/04/2023), condiciones que también omitió declarar. Esta cronología de patologías preexistentes no declaradas demuestra un patrón consistente de reticencia en cada una de las declaraciones de asegurabilidad, pues el asegurado conocía estas condiciones médicas al momento de suscribir cada uno de los seguros y, sin embargo, respondió negativamente a las preguntas que específicamente indagaban sobre estas patologías. 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 Buitrago Medina 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 Buitrago Medina tenía antecedentes de “*antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, y Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023”* el asegurado contestó negativamente a las preguntas que indagaban sobre otro tipo de enfermedades no relacionadas en la declaración de asegurabilidad, (iii) que si bien el señor Buitrago Medina padecía de sendas enfermedades*,* el asegurado negó sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que el señor Buitrago Medina no informó a mi procurada de la existencia de su antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023, Asma desde la infancia reportada el 12/02/2021, Dislipidemia desde 2005 reportada el 09/09/2020, y Tinnitus bilateral con 9 años de evolución reportada el 05/04/2023*,* 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 Buitrago Medina 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 Buitrago Medina 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-6).*

*Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales[[6]](#footnote-7). De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer[[7]](#footnote-8)”.* (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-9) (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-10)*(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-11). (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 Gersson Freddy Medina Buitrago, 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. **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 formalizada el 16 de septiembre de 2021 por el señor Gersson Freddy Buitrago Medina que se relaciona con el crédito No. 9623854791
   2. Copia de la declaración de asegurabilidad formalizada el 24 de mayo de 2022 por el señor Gersson Freddy Buitrago Medina que se relaciona con el crédito No. 9600023497
   3. Copia de la declaración de asegurabilidad formalizada el 04 de mayo de 2023 por el señor Gersson Freddy Buitrago Medina que se relaciona con el crédito No. 9600476483
   4. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
   5. Certificación del estado actual de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000017149, en donde figura como asegurado el señor Gersson Freddy Buitrago Medina
   6. Certificación del estado actual de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 246 0000001096, en donde figura como asegurado el señor Gersson Freddy Buitrago Medina
   7. Certificación del estado actual de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 245 0000078313, en donde figura como asegurado el señor Gersson Freddy Buitrago Medina

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 **GERSON FREDDY BUITRAGO MEDINA**, 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 Buitrago Medina 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 Gersson Freddy Buitrago Medina.

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 Buitrago Medina, 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 Buitrago Medina. 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 Buitrago Medina,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. **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 Buitrago Medina 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 Buitrago Medina 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 ciudad de Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212, 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-2)
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-3)
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-4)
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-5)
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-6)
6. Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005. [↑](#footnote-ref-7)
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-8)
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-9)
9. LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164. [↑](#footnote-ref-10)
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-11)