

Señores

JUZGADO PRIMERO (1°) CIVIL DEL CIRCUITO DE GUADALAJARA DE BUGA

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, con dirección de notificaciones electrónicas: judicialeseguros@bbva.com. 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:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

PRIMERO: Es cierto que el aquí demandante solicito el pasado 16 de septiembre 2021 su inclusión en la póliza de seguro No. 02 260 0000017149 que en este numeral se describe, 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 ese contrato es nulo por la reticencia en la que incurrió el asegurado. En efecto, previo a la emisión de este aseguramiento, al señor Buitrago

Medina se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. 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, asma desde la infancia, dislipidemia y tinnitus bilateral*, entre otras, las cuales incidían en el estado del riesgo y aun así fueron omitidas. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, del 25 de agosto del 2021, en la que se evidencia las respuestas negativas del asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				
Estatura	Peso		Si	No
173 cms	77 Kg			
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?				X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				

En otras palabras, 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, 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 esto la hubiera retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en ellos. Incluso, debe tener en cuenta el despacho que, la calificación que consta en el

Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023 se efectuó con base en estas (y otras) enfermedades, por lo que se evidencia claramente el nexo de causalidad entre las enfermedades que no fueron declaradas y la causa del PCL. Siendo menester que el despacho proceda a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro.

SEGUNDO: Es cierto que el aquí demandante solicito su inclusión en la póliza de seguro No. 02 246 0000001096 que en este numeral se describe, en relación con la obligación No. 9600023497 contraída con el Banco BBVA COLOMBIA S.A. Aunque se aclara que la solicitud se efectuó por el asegurado el 23 de mayo del 2022 no el día 24 de mayo, en esta última data quedó formalizada, pero la solicitud de la inclusión se efectuó el día anterior. Dicho lo anterior, se aclara al despacho que este contrato es nulo por la reticencia en la que incurrió el asegurado. En efecto, previo a la emisión de este aseguramiento, al señor Buitrago Medina se le formuló un 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, asma desde la infancia, dislipidemia y tinnitus bilateral*, entre otras, las cuales incidían en el estado del riesgo y aun así fueron omitidas. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad del 23 de mayo del 2022, en la que se evidencia las respuestas negativas del asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	Peso		
1.65 cms	69 Kg		
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?			No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cancer o tumores de cualquier clase?			No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			No <input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

En otras palabras, 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, 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 esto la hubiera retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en ellos. Incluso, debe tener en cuenta el despacho que, la calificación que consta en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023 se efectuó con base en estas (y otras) enfermedades, por lo que se evidencia claramente el nexo de causalidad entre las enfermedades que no fueron declaradas y la causa del PCL. Siendo menester que el despacho proceda a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia del asegurado al momento de declarar el estado del riesgo.

TERCERO: Es cierto que el aquí demandante solicito su inclusión en la póliza de seguro No. 02 245 0000078313 que en este numeral se describe, en relación con la obligación No. 9600476483 contraída con el Banco BBVA COLOMBIA S.A. Aunque se aclara que la solicitud se efectuó por el asegurado el 03 de mayo del 2023 no el día 04 de mayo del 2023, en esta última data quedó formalizada, pero la solicitud de la inclusión se efectuó el día anterior. Dicho lo anterior, se aclara al despacho que este contrato es nulo por la reticencia en la que incurrió el asegurado. En efecto, previo a la emisión de este aseguramiento, al señor Buitrago Medina se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. 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, gonalgia derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral, asma desde la infancia, dislipidemia y tinnitus bilateral*, entre otras, las cuales incidían en el estado del riesgo y aun así fueron omitidas. Veamos a continuación la citada declaración de

asegurabilidad del 03 de mayo del 2023, en la que se evidencia las respuestas negativas del asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				
Estatura	Peso		Si	No
1.73 cms	76 Kg			X
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?				X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				

En otras palabras, 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, 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 esto la hubiera retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en ellos. Incluso, debe tener en cuenta el despacho que, la calificación que consta en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023 se efectuó con base en estas (y otras) enfermedades, por lo que se evidencia claramente el nexo de causalidad entre las enfermedades que no fueron declaradas y la causa del PCL. Siendo menester que el despacho proceda a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia del asegurado al momento de declarar el estado del riesgo.

CUARTO: a mi prohijada no le consta directamente lo que aquí se afirma, sin embargo, de acuerdo con la documentación que reposa en el expediente se observa que es cierto. Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que las patologías que aparentemente dieron lugar a la calificación

del 51.23% fueron diagnosticadas antes de la fecha en que el asegurado solicitó su inclusión en las pólizas de seguro objeto de la presente Litis, como lo son por ejemplo, antecedente de cirugía de rodilla desde el 1999, gonalgia 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) de igual forma se registra en historia clínica que el señor Buitrago Medina además contaba con antecedente de “*hernia umbilical*” desde el 22 de noviembre de 2018 y con antecedente de “*periodontitis crónica*” desde el 30 de septiembre de 2019, . Esta circunstancia evidencia claramente la reticencia del señor Buitrago Medina quien, a pesar de conocer sus 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 relativa 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 las solicitudes relacionadas con las pólizas 02 245 0000078313, 02 260 0000017149 y 02 246 0000001096, mediante oficio calendado del 20 de marzo del 2024 remitido al demandante, debido a que el asegurado fue reticente al no declarar sinceramente su estado de salud al momento de suscribir los seguros, configurando el fenómeno jurídico de la nulidad relativa del aseguramiento en los términos del Art. 1058 del C. Co.

SEXTO: Si bien dicha manifestación efectivamente fue realizada por BBVA SEGUROS DE VIDA SEGUROS S.A., es importante aclarar que la compañía procedió con el pago de unos contratos de seguros correspondientes a obligaciones crediticias distintas de las que son objeto de esta demanda y que corresponden a las obligaciones No. 9600022689 y la No. 4000176691, las cuales, se reitera, no son objeto del presente proceso. Esto ocurrió porque la solicitud presentada por el demandante el 04 de marzo de 2024, mencionaba cinco obligaciones crediticias, de las cuales, dos de ellas se relacionaban con las pólizas No. 02 247 0000007843 y la No. 02 280 0001039518, aseguramientos que 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. De tal suerte, en los casos de las pólizas No. 02 247 0000007843 y la No. 02 280 0001039518, al no existir el requisito de declaración de asegurabilidad, el seguro se activó

automáticamente, por lo que la aseguradora realizó el pago (como se menciona en el correo que en este numeral relaciona el demandante), cumpliendo así con su obligación contractual.

Sin embargo, mi representada sí objetó el pago de las solicitudes relacionadas con las pólizas 02 245 0000078313, 02 260 0000017149 y 02 246 0000001096, mediante oficio calendado del 20 de marzo del 2024 remitido al demandante, debido a que con estos aseguramientos sí era requisito el diligenciamiento de la correspondiente declaración de asegurabilidad, comprobándose en estos que el asegurado fue reticente al no declarar sinceramente su estado de salud al momento de solicitar sus inclusiones en las pólizas, configurando con ello el fenómeno jurídico de la nulidad relativa del aseguramiento en los términos del Art. 1058 del C. Co.

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. En efecto, 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 y jurídicas así lo permiten.

SÉPTIMO: No es cierto como se describe. Como se explicó en el pronunciamiento al hecho anterior, la negativa al pago enviada en el oficio calendado del 20 de marzo del 2024 se fundamentó en la configuración de la nulidad relativa por reticencia del asegurado frente a los contratos de seguro No. 02 260 0000017149, No. 02 246 0000001096 y No. 02 245 0000078313, conforme lo explicado en líneas anteriores.

Es importante destacar que la compañía procedió con el pago de unos contratos de seguros correspondientes a obligaciones crediticias distintas de las que son objeto de esta demanda y que corresponden a las obligaciones No. 9600022689 y la No. 4000176691, las cuales, se reitera, no son objeto del presente proceso. Esto ocurrió porque la solicitud presentada por el demandante el 04 de marzo de 2024, mencionaba cinco obligaciones crediticias, de las cuales, dos de ellas se relacionaban con las pólizas No. 02 247 0000007843 y la No. 02 280 0001039518, aseguramientos que 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. De tal suerte, en los casos de las pólizas No. 02 247 0000007843 y la No. 02 280 0001039518, al no existir el requisito de declaración de asegurabilidad, el seguro se activó

automáticamente, por lo que la aseguradora realizó el pago (como se menciona en el correo que en este numeral relaciona el demandante), 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.

OCTAVO: Es cierto. La compañía BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. objetó el pago de las tres obligaciones relacionadas con los contratos de seguro No. 02 260 0000017149, No. 02 246 0000001096 y No. 02 245 0000078313 con base en la nulidad relativa provocada por la reticencia en que incurrió el asegurado, y que es evidenciada en los registros médicos de la Dirección General de Sanidad Militar. Estos documentos demuestran que el señor Buitrago Medina ocultó 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 como lo son: (i) antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998; (ii) Gonalgía derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral desde 03/04/2023; (iii) asma desde la infancia, reportada el 12/02/2021; (iv) Dislipidemia desde 2005, reportada el 09/09/2020 y; (v) 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 que 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, determinó una pérdida de capacidad laboral del 0% para el señor Gersson Buitrago, relacionada con una cirugía de rodilla izquierda. Sin embargo, debe aclararse al despacho que, si bien esta calificación resultó en 0%, esto no resta importancia al hecho de que dicha condición médica debió

ser declarada a la Compañía, pues lo que se requiere del asegurado es la declaración sincera de cualquier antecedente médico relevante, como lo es, evidentemente el hecho de haber pasado por el quirófano para una cirugía de rodilla. De hecho, en todas las declaraciones de asegurabilidad se le pregunta expresamente al asegurado si fue intervenido quirúrgicamente con anterioridad con la pregunta: “(...) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? (...)”, pregunta que el asegurado respondió negativamente en los tres formularios, como podrá comprobarlo el despacho en las declaraciones de asegurabilidad adjuntas a este escrito. La presentación de esta acta por parte del demandante constituye una confesión por medio de apoderado judicial según el artículo 193 del Código General del Proceso, confirmando la existencia de condiciones de salud preexistentes que debieron ser declaradas al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad de los seguros en controversia.

Además, es importante señalar que, adicional a este antecedente quirúrgico de rodilla, existen otras condiciones médicas significativas como el asma desde la infancia y el tinnitus bilateral, que fueron diagnosticadas de forma previa a la emisión de los seguros, y que también fueron omitidas y que posteriormente formaron parte de los diagnósticos considerados para la calificación actual del demandante.

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, esto no resta importancia al hecho de que dicha condición médica debió ser declarada a la Compañía, pues lo que se requiere del asegurado es la declaración sincera de cualquier antecedente médico relevante, como lo es, evidentemente el hecho de haber pasado por el quirófano para una cirugía de rodilla. De hecho, en todas las declaraciones de asegurabilidad se le pregunta expresamente al asegurado si fue intervenido quirúrgicamente con anterioridad con la pregunta: “(...) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? (...)”, pregunta que el asegurado respondió negativamente en los tres formularios, como podrá comprobarlo el despacho en las declaraciones de asegurabilidad adjuntas a este escrito. La presentación de esta acta por parte del demandante constituye una confesión por medio de apoderado judicial según el artículo 193 del Código General del Proceso, confirmando la existencia de condiciones de salud preexistentes que debieron ser declaradas al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad de los seguros en controversia.

Además, es fundamental precisar que en dicha calificación sí fueron consideradas las demás dolencias preexistentes del señor Buitrago Medina, tales como gonalgia 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 en los contratos 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: a mi prohijada no le consta directamente lo que en este numeral se indica, sin embargo, se observa que es cierto de acuerdo con el poder aportado por el demandante al expediente.

II. PRONUNCIAMIENTO 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 los aseguramientos en los que ostentaba la calidad de asegurado el señor Buitrago Medina deben ser declarados nulos según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia en la que incurrió en el momento de solicitar sus inclusiones en estos aseguramientos.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN PRIMERA: si bien los contratos de seguro que relaciona la parte accionante sí se emitieron, **ME OPONGO** esta pretensión 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 efectividad de los contratos de seguro que respaldan las referidas obligaciones objeto de litigio, comoquiera que estos deben ser declarados nulos pues 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"* de igual forma se registra en historia clínica que el señor Buitrago Medina además contaba con antecedente de *"hernia umbilical"* desde el 22 de noviembre de 2018 y con antecedente de *"periodontitis crónica"* desde el 30 de septiembre de 2019. 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 03 de mayo del 2023, del 25 de agosto del 2021 y del 23 de mayo del 2022, 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. Incluso, debe tener en cuenta el despacho que, la calificación que consta en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023 se efectuó con base en estas (y otras) enfermedades, por lo que se evidencia claramente el nexo de causalidad entre las enfermedades que no fueron declaradas y la causa de la PCL. Siendo menester que el despacho proceda a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia del asegurado al momento de declarar el estado del riesgo.

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 efectividad de los contratos de seguro que respaldan las referidas obligaciones objeto de litigio, comoquiera que estos deben ser declarados nulos pues 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"* de igual forma se registra en historia clínica que el señor Buitrago Medina además contaba con antecedente de *"hernia umbilical"* desde el 22 de noviembre de 2018 y con antecedente de *"periodontitis crónica"* desde el 30 de septiembre de 2019. 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 03 de mayo del 2023, del 25 de agosto del 2021 y del 23 de mayo del 2022, 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. Incluso, debe tener en cuenta el despacho que, la calificación que consta en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023 se efectuó con base en estas (y otras) enfermedades, por lo que se evidencia claramente el nexo de causalidad entre las enfermedades que no fueron declaradas y la causa de la PCL. Siendo menester que el despacho proceda a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia del asegurado al momento de declarar el estado del riesgo.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN TERCERA: Me **OPONGO** a la pretensión de condena al pago de la indemnización referida al saldo insoluto de las obligaciones por lo siguiente:

- **Nulidad de los contratos de seguro:** No podrá declararse la efectividad de los contratos de seguro que respaldan las referidas obligaciones objeto de litigio, comoquiera que estos deben ser declarados nulos pues 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" de igual forma se registra en historia clínica que el señor Buitrago Medina además contaba con antecedente de "hernia umbilical" desde el 22 de noviembre de 2018 y con antecedente de "periodontitis crónica" desde el 30 de septiembre de 2019. 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 03 de mayo del 2023, del 25 de agosto del 2021 y del 23 de mayo del 2022, 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. Incluso, debe tener en cuenta el despacho que, la calificación que consta en el Acta de Junta Médica Laboral No. 220649 del 11 de diciembre de 2023 se efectuó con base en estas (y otras) enfermedades, por lo que se evidencia claramente el nexo de causalidad entre las enfermedades que no fueron declaradas y la causa de la PCL. Siendo menester que el despacho proceda a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia del asegurado al momento de declarar el estado del riesgo.

- Igualmente, debe advertirse que el demandante no está legitimado para recibir el pago del saldo insoluto de las obligaciones crediticias aquí vinculadas, toda vez que en el hipotético caso de una condena, el legitimado para recibir el pago por afectación de las pólizas aquí vinculadas es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., quien funge como tomador de las pólizas objeto del presente litigio.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO a la pretensión de condena al pago de intereses moratorios como consecuencia lógica y jurídica de la oposición a las pretensiones anteriores, toda vez que 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. Además, la solicitud efectuada por el demandante no se trató de una verdadera reclamación puesto que, no se demostró la existencia de un derecho efectivo en relación con las pólizas de seguro No. 02 260 0000017149, No. 02 246 0000001096 y No. 02 245 0000078313, frente a las cuales, por el contrario, se configuró la nulidad relativa.

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.

III. OBJECCIÓN 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 03 de mayo del 2023, del 25 de agosto del 2021 y del 23 de mayo del 2022. 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*" de igual forma se registra en historia clínica que el señor Buitrago Medina además contaba con antecedente de "*hernia umbilical*" desde el 22 de noviembre de 2018 y con antecedente de "*periodontitis crónica*"

desde el 30 de septiembre de 2019 , 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 la nulidad relativa por 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.

IV. 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 03 de mayo del 2023, del 25 de agosto del 2021 y del 23 de mayo del 2022, 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, de igual forma se registra en historia clínica que el señor

Buitrago Medina además contaba con antecedente de “*hernia umbilical*” desde el 22 de noviembre de 2018 y con antecedente de “*periodontitis crónica*” desde el 30 de septiembre de 2019, antecedentes no declarados 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 ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia** (…)”¹. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el Asegurado 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

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.

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

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

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.

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.

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 (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*

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.

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 dicentes 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 03 de mayo del 2023, del 25 de agosto del 2021 y del 23 de mayo del 2022, 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 pudiese 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
- Hernia umbilical reportada el 22/11/2018
- Periodontitis crónica reportada el 30/09/2019

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 25 de agosto del 2021:**

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No		
Estatura	173	cms	Peso	77	Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?							X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?							X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?							X
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?							X
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?							X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:							
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.							
No firme esta solicitud sin leer este texto							
Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verdaderas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1058 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato". En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1961, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud, actividades o hábitos de vida, con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos asegurados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.							
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co							
Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.							
Para constancia se firma en <u>Bogotá</u> a los <u>25</u> días del mes de <u>Agosto</u> de <u>2021</u>							
Firma del Solicitante			Firma Autorizada				
Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00							
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 0187							
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6er Bogotá D.C.; Teléfono 261 2000							
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retención							
Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)							
Tasa	%	Extra Prima	%	Anexo ITP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Prima Mensual				Periodicidad			
SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO							
M026300110236201589623854791							

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 23 de mayo de 2022:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)								
Estatura	1.65	cms	Peso	69	Kg	Si	No	
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, tromboembolia o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?								X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?								X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?								X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?								X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?								X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:								
Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)								
Nombres Completos		Identificación		Parentesco		% Participación		
Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)								
<p>Declaración de veracidad.</p> <p>Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.</p> <p>Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable.</p> <p>Por consentimiento expreso que todas las responsabilidades serán exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1058 del Código de Comercio</p> <p>Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles:</p> <p>Autorizo la recolección y tratamiento de datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y nuestra política de tratamiento, igualmente manifiesto que he sido informado de forma clara y precisa sobre los fines de su tratamiento.</p> <p>Declaro que conozco que es facultad no responder preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, de conformidad con la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Consulte la política de tratamiento de datos de BBVA SEGUROS DE VIDA en www.bbvasseguros.com.co.</p> <p>Autorización de información: Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.</p> <p>Declaración de fuente de recursos: Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad.</p> <p>Autorización para Solicitud de Historia Clínica: Con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados por la presente póliza y en desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episodios o historias clínicas. La presente solicitud es parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.</p> <p>TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO. LA MOROSIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DE RECIBO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEMANDADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.</p>								
<p>Firma del Solicitante</p> <p>El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co</p> <p>Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.</p> <p>Para constancia se firma en <u>Bogotá</u> a los <u>23</u> días del mes de <u>05</u> de <u>2023</u></p> <p>Firma del Solicitante</p> <p>Firma Autorizada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240.882 - 0</p> <p>Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00 Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero, Dr. Guillermo Enrique Dajud Fernández. Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co Somos Grandes Contingentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.</p>								

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 03 de mayo de 2023:**

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				
Estatura	1.73 cms	Peso	76 Kg	
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?		Si	No	X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		Si	No	X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		Si	No	X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		Si	No	X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		Si	No	X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				
Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)				
Nombres Completos	Identificación	Parentesco	% Participación	
Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)				
<p>Declaración de veracidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización. Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio, Artículo 1058 del Código de Comercio. <p>Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autorizo la recolección y tratamiento de datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y nuestra política de tratamiento, igualmente manifiesto que he sido informado de forma clara y precisa sobre los fines de su tratamiento. Declaro que conozco que es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, de conformidad con la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Consulte la política de tratamiento de datos de BBVA SEGUROS DE VIDA en www.bbvasseguros.com.co. Autorización de información. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes. Declaración de fuente de recursos: Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Autorización para Solicitud de Historia Clínica: Con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados por la presente póliza y en desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que ponga sobre mi salud y/o episódios o historiales clínicos. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, su éste llegare a celebrarse. <p>TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO. "LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".</p> <p>El suscrito con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co</p> <p>Firma del Solicitante</p> <p>Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.</p> <p>Para constancia se firma en <u>Bogotá</u> a los <u>3</u> días del mes de <u>65</u> de <u>23</u></p> <p>Firma del Solicitante</p> <p>Firma Autorizada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0</p> <p>Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00 . Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000994020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique Dajud Fernández. Carrera 9 No 72 21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbvacolombia@bbva.com.co Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.</p>				
Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)				
Tasa	%	Extra Prima	%	Anexo (TP)
Prima Mensual	\$	Penalidad:	mensual	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Valor Asegurado	18.900.000	Número de Obligación	206-9600476483	Vr. Prima Total
\$		\$		

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:

NÚMERO	SECUELA	IMPUTABILIDAD	INDICES	PORCENTAJE
1-A	1-062	Literal B	5	10%
2-A	1-042	Literal A	2	6.3%
3-A	1-191	Literal A	7	12.14%
4-A	2-002	Literal A	6	8.59%
5-A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%
6-A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESIÓN	Literal N	0	0%
7-A	1-206	Literal A	3	4.72%
8-A	2-007	Literal A	4	4.95%

NÚMERO	SECUELA	IMPUTABILIDAD	INDICES	PORCENTAJE
13-A	8-026	Literal A	4	4.53%

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 médica denominado diagnóstico positivo de las lesiones o afecciones:

"(...) CONCLUSIONES

A- DIAGNOSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES

1).LIGEROS CAMBIOS DE OSTEOARTROSIS FACETARIA BILATERAL E HIPERTROFIA DE LIGAMENTOS AMARILLOS EN L4-5 Y L5-S1, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA, QUE DEJA COMO SECUELA:

A) LUMBALGIA CRONICA

2).OSTEOCONDROSIS INTERVERTEBRAL Y UNCOARTRITIS EN C5-C6 Y C6-C7, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL, QUE DEJA COMO SECUELA:

A) CERVICALGIA CRONICA

3).LESION DEL CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO INTERNO ASOCIADO A PROCESO INFLAMATORIO INTERSTICIAL Y MINIMA CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE A NIVEL DE LA BURSA SUPRAPATELAR EN RODILLA DERECHA, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE RODILLA DERECHA, QUE DEJA COMO SECUELA:

A) GONALGIA DERECHA CRONICA CON ALTERACION FUNCIONAL DE LA RODILLA

4).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.

5).APNEA DEL SUEÑO, VALORADO TENIENDO EN CUENTA POLISOMNOGRAFIA QUE REPORTO IAH:20.1/HORA, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ESPECIALIDAD TRATANTE

6).EXAMEN DE AUDICION NORMAL, VALORADO TENIENDO EN CUENTA AUDIOMETRIA TONAL SERIADA, CON RANGOS AUDITIVOS FUNCIONALES 19 DB OIDO IZQUIERDO Y 16 DB OIDO DERECHO, SIN SECUELAS

7).RUPTURA DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR ASOCIADO A SIGNOS DE FASCITIS PLANTAR EN TOBILLO IZQUIERDO, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO IZQUIERDO , QUE DEJA COMO SECUELA:

A) TALALGIA IZQUIERDA CRONICA ASOCIADA A LEVE REPERCUSION FUNCIONAL EN LA DINAMICA DEL PIE

8).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

9). DISLIPIDEMIA MIXTA, VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO

10).TINNITUS , VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, SIN HISTORIA CLINICA DE SEGUIMIENTO DURANTE SERVICIO ACTIVO QUE CONFIRME QUE CORRESPONDA A UNA AFECCION ORGANICA REBELDE AL TRATAMIENTO,SIN SECUELAS

11).GASTROPATÍA ERITEMATOSA Y EROSIVA, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ESPECIALIDAD TRATANTE

12).HIATO INCOMPETENTE, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, EN EL MOMENTO SIN REPERCUSION SOMATICA, SUSCEPTIBLE DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD TRATANTE

13).ESOFAGITIS GRADO A, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, QUE HA REQUERIDO MULTIPLES MANEJOS FARMACOLOGICOS, CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA DISPEPTICA, NO CONTROLADO

14).DORSALGIA CRONICA, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLER MAGNETICA QUE REPORTO SIN ALTERACIONES, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO

15).CICATRICES SECUNDARIAS A REPARACIÓN QUIRÚRGICA POR CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA, VALORADO POR DERMATOLOGIA, OCASIONADAS POR LESION YA CALIFICADA EN JML NO.2363 DEL 05/10/1999 Y TML NO.3063 27/02/2007

16).GANGLION EN EL DORSO ENTRE EL TERCER Y CUARTO METATARSIANOS DE PIE DERECHO, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO. SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO FIN DE LA TRANSCRIPCION (...)"

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, Gonalgia 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 03 de mayo del 2023, del 25 de agosto del 2021 y del 23 de mayo del 2022, lo que implica que eran de pleno conocimiento del señor Buitrago Medina, sin embargo, nunca las informó a la compañía aseguradora.

Los anteriores diagnósticos se observan en los siguientes extractos de la historia clínica del demandante:

- **Gonálgia, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia:** antecedentes registrados desde el 03 de abril de 2023, pág. 06 H.C:

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		
Solicitud de autorización de servicios de salud No: SSERV-2023-03-459666		
CODIGO CUPS	890280	CANTIDAD 1
DESCRIPCION DEL CUPS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA	
OBSERVACIÓN	ORDEN EMITIDA EL 13-03-2023 POR MEDICINA LABORAL AUTORIZACIONES EN LINEA MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: ORTOPIEDIA PROCESO: TIPO DE FICHA RETIRO ESTADO: RETIRADO GONALGIA DERECHA, DORSALGIA, LUMBALGIA, CERVIALGIA, TALALGIA BILATERAL	

- **ASMA:** antecedente registrado desde el 12 de febrero de 2021, pág. 61 H.C.

VALORACIÓN HOSPITALARIA		12/02/2021 10:58:14
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:	GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 79519674	Página
CÓDIGO DE CONSULTA: 890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL		
FINALIDAD DE LA CONSULTA: No aplica		
CAUSA EXTERNA: Enfermedad general		
MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR AL RESPIRAR		
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUIE CONSULTA POR CUADRO DE 4 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR TORAXICO EN BASE PULMONAR DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SENSACION DE FALTA DE AIRE NIEGA OTRO SINTOMA RESPIRATORIO NIEGA ANTECEDENTE CONOCIDO DE COVID PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ASMA NIEGA AUTOMEDICARSE		

- **DISLIPIDEMIA:** de larga data antecedente registrado el 09 de septiembre de 2020, pág. 61 HC.

VALORACIÓN AMBULATORIA 09/09/2020 15:41:00

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC 79519674 Página

CÓDIGO DE CONSULTA:

890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

Detección de alteraciones del adulto

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

MC: "REVISION DE EXAMENES "

GRADO: CORONEL

CORREO ELECTRONICO: gerssonbuitrago34@gmail.com

SE REALIZA ATENCION DE PACIENTE CON LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: GORRO, GAFAS DE PROTECCION, TAPABOCAS N95, BATA DESECHABLE Y GUANTES.

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE **DISLIPIDEMIA** DE LARGA DATA (NO ESPECIFICA), HA SIDO MANEJADO EN OCASIONES PREVIAS CON LOVASTATINA Y ATORVASTATINA SIN RESPUESTA ADECUADA. ACTUALMENTE SIN MANEJO FARMACOLOGICO. TRAE PARA SU REVISION LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

- **TINNITUS:** antecedente registrado desde el 05 de abril de 2023. pág. 01 H.C:

VALORACIÓN AMBULATORIA 05/04/2023 11:05:56

CÓDIGO DE CONSULTA:

890210 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLÓGIA

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

Detección de enfermedad profesional

CAUSA EXTERNA:

Otra

MOTIVO DE CONSULTA:

Atencion de paciente con uso de elementos de protección personal completos y previa desinfección del consultorio y equipos médicos . estudio audiológico (audiometría tonal seriada)

ENFERMEDAD ACTUAL:

paciente refiere hipoacusia en estudio; **tinnitus** ocasional bilateral.

- **ROTURA DE LIGAMENTOS DE RODILLA:** antecedente registrado en acta de junta médica desde el 17 de septiembre de 1999 (aportado por el demandante)

Fecha: SEP 17-99 Servicio: ORTOPEDIA

AFECCIÓN POR EVALUAR: FRACTURA OSTEOSINTESIS DE ROTULA. ESTADO
 ACTUAL: LIGERA LIMITACION PA A FLEXION A MAS DE 100° EN RODILLA
 IZQUIERDA ATROFIA DE CUADRICEP CONCEPTO: PACIENTE APTO PARA TODO
 SERVICIO (EXCEPTO PATRULLAJE REQUIERE MAS TERAPIA FISICA PARA
 REFORZAR CUADRICEPS. FDO. DR. RIO JOSE LEWIS DONADO ESPECIALISTA

IV. CONCLUSIONES:

A. DIAGNOSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

1. TRAUMA EN ROTULA IZQUIERDA CON FRACTURA TRATADO CON MATERIAL DE
OSTEOSINTESIS QUE DEJA COMO SEQUELA A LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS
DE RODILLA IZQUIERDA.

- **HERNIA UMBILICAL:** antecedente registrado el 22 de noviembre de 2018. Pág. 86 HC .

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
K429 HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
Impresión Diagnóstica
ANÁLISIS:
PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN ZONA DE RECTO IZQUIERDO

- **PERIODONTITIS CRÓNICA:** antecedente registrado el 30 de septiembre de 2019. Pág 75 H.C.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
K053 PERIODONTITIS CRONICA
TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

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 fechas 25 de agosto del 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 fechas 23 de mayo del 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 fechas 03 de mayo del 2023, además de todas las patologías anteriores que persistían, el asegurado ya presentaba gonalgia 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, sin perjuicio de lo anterior, en este caso se probó que, el señor Buitrago Medina omitió relacionar sus antecedentes siendo éstos relevantes para el conocimiento de la aseguradora, que además aportaron a la calificación del dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, razón por la cual se busca hacer efectivo el seguro.

Adicionalmente, si bien es cierto que dicho dictamen no tuvo en cuenta la cirugía de rodilla, éste antecedente es igualmente de relevancia para conocimiento de la aseguradora por lo que omitir

informarla genera error al momento de contraer el seguro. En efecto, no se desconoce que en 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, determinó una pérdida de capacidad laboral del 0% para el señor Gersson Buitrago, relacionada con una cirugía de rodilla izquierda. Sin embargo, debe aclararse al despacho que, si bien esta calificación resultó en 0%, esto no resta importancia al hecho de que dicha condición médica debió ser declarada a la Compañía, pues lo que se requiere del asegurado es la declaración sincera de cualquier antecedente médico relevante, como lo es, evidentemente el hecho de haber pasado por el quirófano para una cirugía de rodilla. De hecho, en todas las declaraciones de asegurabilidad se le pregunta expresamente al asegurado si fue intervenido quirúrgicamente con anterioridad con la pregunta: “(...) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? (...)”, pregunta que el asegurado respondió negativamente en los tres formularios, como podrá comprobarlo el despacho en las declaraciones de asegurabilidad adjuntas a este escrito. La presentación de esta acta por parte del demandante constituye una confesión por medio de apoderado judicial según el artículo 193 del Código General del Proceso, confirmando la existencia de condiciones de salud preexistentes que debieron ser declaradas al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad de los seguros en controversia.

Ciertamente, y 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.

<i>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?</i>	NO
<i>¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?</i>	NO
<i>¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?</i>	NO
<i>¿Sufre alguna incapacidad física o mental?</i>	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 el mismo condicionado general de la póliza se establece en la cláusula sexta las consecuencias por la declaración del estado del riesgo reticente:

CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

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 preguntados expresamente por medio de la declaración 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 preguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

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

2. ES COMPLETAMENTE PROCEDENTE LA NULIDAD RELATIVA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO YA QUE HAY UN NEXO CAUSAL ENTRE LAS ENFERMEDADES OMITIDAS Y LA CAUSA DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO

Si bien se debe afirmar que la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia se abre paso independientemente de que exista o no un nexo causal entre las enfermedades no declaradas y la causa de incapacidad y permanente, lo cierto es que, en el presente caso más allá de la situación que es reprochable prevista en el artículo 1058 C.co y por la que se deriva la consecuencia jurídica de la nulidad es la falta del deber que le asiste en este caso al asegurado de declarar con exactitud los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, en este caso es claro que el señor Buitrago Medina, declaró tener un estado de salud óptimo y ello no es así, siendo de recalcar que las patologías con las cuales se calificó su pérdida de capacidad laboral total y permanente son aquellas que el asegurado fue reticente en declarar, por lo que es claro que deberá declararse la nulidad relativa.

En línea con lo anterior, es válido establecer 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 C-232 de 1997 fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo,

de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

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

Sin perjuicio a lo anterior, no cabe duda de que en el presente proceso judicial las patologías que el demandante omitió declarar son aquellas que sirvieron de sustento para su calificación de pérdida de capacidad laboral total y permanente por lo que sin lugar a dudas en este caso el consentimiento

de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. resultó viciado porque cuando se le indagó al señor Buitrago Medina, sobre su estado de salud el respondió que no a cada una de las preguntas consignadas en el formulario. De tal suerte que de cara a la buena fe mi mandante creyó que el entonces asegurado gozaba de un estado de salud óptimo, pero resultó que aquello no era así, pues como se demostrará el señor Buitrago Medina tenía sendas patologías “(...) *antecedente quirúrgico por rotura de ligamentos en rodilla desde septiembre de 1998, Gonalgia 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 por su gravedad debían ser conocidas por la compañía a fin de decidir si celebrar el acuerdo o no, o al menos a tener la posibilidad de pactar condiciones más onerosas.

Con el fin de aterrizar esta excepción al caso en concreto, es necesario remitirnos al dictamen No. 220649 emitido por La Dirección De Sanidad Del Ejército que se adjunta a la presente donde se permite establecer las patologías calificadas, donde se relacionan i) Gonalgia derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicalgia y talalgia bilateral, ii) Asma desde la infancia, iii) Dislipidemia y iv) Tinnitus bilateral, entre otras, veamos:

A- DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

- 1).LIGEROS CAMBIOS DE OSTEOARTROSIS FACETARIA BILATERAL E HIPERTROFIA DE LIGAMENTOS AMARILLOS EN L4-5 Y L5-S1, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA, QUE DEJA COMO SECUELA:
A) LUMBALGIA CRONICA
- 2).OSTEOCONDROSIS INTERVERTEBRAL YUNCOARTRITIS EN C5-C6 Y C6-C7, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL, QUE DEJA COMO SECUELA:
A) CERVICALGIA CRONICA
- 3).LESION DEL CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO INTERNO ASOCIADO A PROCESO INFLAMATORIO INTERSTICIAL Y MINIMA CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE A NIVEL DE LA BURSA SUPRAPATELAR EN RODILLA DERECHA, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE RODILLA DERECHA, QUE DEJA COMO SECUELA:
A) GONALGIA DERECHA CRONICA CON ALTERACION FUNCIONAL DE LA RODILLA

- 4).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.
- 5).APNEA DEL SUEÑO, VALORADO TENIENDO EN CUENTA POLISOMNOGRAFIA QUE REPORTO IAH:20.1/HORA, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ESPECIALIDAD TRATANTE
- 6).EXAMEN DE AUDICION NORMAL, VALORADO TENIENDO EN CUENTA AUDIOMETRIA TONAL SERIADA, CON RANGOS AUDITIVOS FUNCIONALES 19 DB OIDO IZQUIERDO Y 16 DB OIDO DERECHO, SIN SECUELAS
- 7).RUPTURA DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR ASOCIADO A SIGNOS DE FASCITIS PLANTAR EN TOBILLO IZQUIERDO, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO IZQUIERDO , QUE DEJA COMO SECUELA:
A) TALALGIA IZQUIERDA CRONICA ASOCIADA A LEVE REPERCUSION FUNCIONAL EN LA DINAMICA DEL PIE
- 8).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
- 9).DISLIPIDEMIA MIXTA, VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO
- 10).TINNITUS , VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, SIN HISTORIA CLINICA DE SEGUIMIENTO DURANTE SERVICIO ACTIVO QUE CONFIRME QUE CORRESPONDA A UNA AFECCION ORGANICA REBELDE AL TRATAMIENTO,SIN SECUELAS
- 11).GASTROPATÍA ERITEMATOSA Y EROSIVA, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ESPECIALIDAD TRATANTE
- 12).HIATO INCOMPETENTE, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, EN EL MOMENTO SIN REPERCUSION SOMATICA, SUSCEPTIBLE DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD TRATANTE
- 13).ESOFAGITIS GRADO A, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, QUE HA REQUERIDO MULTIPLES MANEJOS FARMACOLOGICOS, CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA DISPEPTICA, NO CONTROLADO
- 14).DORSALGIA CRONICA, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLER MAGNETICA QUE REPORTO SIN ALTERACIONES, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO
- 15).CICATRICES SECUNDARIAS A REPARACIÓN QUIRÚRGICA POR CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA, VALORADO POR DERMATOLOGIA, OCASIONADAS POR LESION YA CALIFICADA EN JML NO.2363 DEL 05/10/1999 Y TML NO.3063 27/02/2007
- 16).GANGLION EN EL DORSO ENTRE EL TERCER Y CUARTO METATARSIANOS DE PIE DERECHO, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO , SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO **FIN DE LA TRANSCRIPCION.**

Siendo de reiterar que el demandante negó la existencia de todas sus afecciones de salud al momento de solicitar los seguros, se reiteran la declaración de asegurabilidad:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 25 de agosto del 2021:**

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No		
Estatura	173	cms	Peso	77	Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?							X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?							X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?							X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?							X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?							X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:							

- Declaración de asegurabilidad que data del 23 de mayo de 2022:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No		
Estatura	1.65	cms	Peso	69	Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?							X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?							X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?							X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?							X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?							X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:							
Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)							
Nombres Completos		Identificación		Parentesco		% Participación	

- Declaración de asegurabilidad que data del 03 de mayo de 2023:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No		
Estatura	1.73	cms	Peso	76	Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?							X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?							X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?							X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?							X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?							X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:							

En conclusión, cuando el señor Buitrago Medina solicitó su seguro diligenció unas declaraciones de asegurabilidad en donde omitió declarar su verdadero estado de salud y es este el hecho reprochable porque con ello vició el consentimiento de la compañía aseguradora para quien era de vital importancia contar con esa información a fin de decidir si otorga o no el amparo o hacerlo en condiciones más onerosas, pues lo cierto es que no es lo mismo asegurar a una persona con excelente estado de salud a asegurar a una persona con “*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”, toda vez que estas condiciones incrementan las posibilidades de que acaezca el riesgo asegurado. Así las cosas, no queda duda que la causa de incapacidad total y permanente del señor Buitrago Medina fue consecuencia de varias de las enfermedades padecidas y no declaradas, por lo que el despacho deberá declarar la nulidad relativa que contempla el artículo 1058 del C.Co para ello.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

3. 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 así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del 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 así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio.

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 jurídico⁵.

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 fundamentales⁶. 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. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

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

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.”

⁶ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁷ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe (...)»⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁴, en donde estableció lo siguiente:

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

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

*Esto por cuanto, se reitera, **el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir***

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereo Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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 lo siguiente:

*“(...) 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 retención 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(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.

⁹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

*“(…) 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 uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con 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, pese 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, así 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.

4. 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 distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro (...)*¹⁰ (negrilla y subrayas fuera del texto)

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

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.

asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere lo siguiente:

“(...) 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 uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con 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.

5. 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 inserta en el Art. 1059 del C. Co. establece lo siguiente:

“(...) 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.

6. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del CGP solicito 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.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

7. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ 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 ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento, para ello, deberá tener en cuenta que el límite correspondería al saldo insoluto de cada obligación que fue desembolsada por la entidad financiera.

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

8. LOS CONTRATOS DE SEGURO VINCULADOS TIENEN UN BENEFICIARIO ONEROSO

En este punto es preciso resaltarle al Despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

“(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para

asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo (...)¹¹

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores se encuentran estructuradas bajo la necesidad con la que contaban las entidades financieras de gestionar sus riesgos en las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que generalmente el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización, solamente puede ser la entidad bancaria que tomó el seguro vida grupo deudor para asegurar a sus acreedores y el riesgo de impago derivado de su fallecimiento. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

“(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora (...)¹²

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro asociado tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió

¹¹ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

¹² Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

el señor Gersson Freddy Buitrago Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser exclusivamente en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, es imperioso que el Despacho tome en consideración que, ante una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, el beneficiario de la indemnización únicamente puede ser el acreedor de la obligación financiera que estaba vinculada con el seguro de vida deudor. En la medida que así fue pactado, lo que en estricto sentido permite concluir, que el Demandante no se encuentra facultado para recibir ningún valor por concepto de indemnización.

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

VI. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

A. DOCUMENTALES

- a. Copia de la declaración de asegurabilidad formalizada el 25 de agosto de 2021 por el señor Gersson Freddy Buitrago Medina que se relaciona con el crédito No. 9623854791
- b. Copia de la declaración de asegurabilidad formalizada el 23 de mayo de 2022 por el señor Gersson Freddy Buitrago Medina que se relaciona con el crédito No. 9600023497
- c. Copia de la declaración de asegurabilidad formalizada el 03 de mayo de 2023 por el señor Gersson Freddy Buitrago Medina que se relaciona con el crédito No. 9600476483
- d. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
- e. Certificación del 08 de octubre del 2024 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
- f. Certificación del 08 de octubre del 2024 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

- g. Certificación del 08 de octubre del 2024 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.
- h. Dictamen de PCL del señor Gersson Freddy Buitrago Medina el cual ya obra en el expediente.
- i. Historia Clínica del señor Gersson Freddy Buitrago Medina.
- j. Derechos de petición y constancia de radicación.

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.

B. INTERROGATORIO DE PARTE

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 líbello.

C. DECLARACIÓN DE PARTE

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 las Pólizas Vida Grupo Deudores aquí vinculadas.

D. TESTIMONIALES

- a. 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 preexistencias 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.

- b. 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 preexistencias 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.

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 o virtual 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, comoquiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá.

E. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Gersson Fredy Buitrago Medina identificado con cédula de ciudadanía No. 79.519.674, desde el año 1999 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 11 de diciembre de 2023 del señor Gersson Fredy Buitrago Medina identificado con cédula de ciudadanía No. 79.519.674 (Acta de Junta Médico Laboral No. 220649)
- Solicitud elevada por el señor Gersson Fredy Buitrago Medina ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Gersson Fredy Buitrago Medina inició los trámites de calificación.

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

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Gersson Fredy Buitrago Medina inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 11 de diciembre de 2023. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

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

- b. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Gersson Fredy Buitrago Medina, correspondiente al periodo que va desde el año 1999 hasta el año 2023. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Gersson Fredy Buitrago Medina.

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

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

F. OFICIOS

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, requerir a la entidad en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Gersson Fredy Buitrago Medina correspondiente al periodo que va desde el año 1999 hasta el año 2023. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención

medico asistencial que recibió el señor Gersson Fredy Buitrago Medina. El propósito del requerimiento de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Gersson Fredy Buitrago Medina sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

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

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías 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 H. Despacho **un término no inferior a un mes** para aportar la experticia al proceso. **Término que deberá iniciar a contarse una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado.** Es importante aclarar que la Historia Clínica ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud mencionadas pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, **se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.**

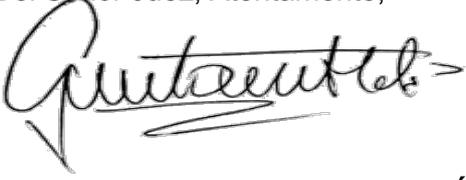
VII. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder especial 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.

VIII. 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
- 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 judicialeseguros@bbva.com
- El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

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.