

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES.
jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.
RADICADO: 2024127982
EXPEDIENTE: 2024-19023
DEMANDANTE: CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

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, actuando 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, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por Cristian Fernando Combita Reyes 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:

CAPITULO I

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

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

FRENTE AL HECHO 2: No es cierto como se expresa el presente hecho. Si bien las pólizas No. 01 0510000296075, Certificado No. 0013-0362-76- 4002735985, No. 01 0510000296075, Certificado No. 0013-0362-76-4002735985, No. 02 260 0000034958, certificado No. 0013-0158-65-4021817618 y la Póliza De Seguro Vida Individual No. 02 105 0000133898 amparaban el riesgo de ITP, lo cierto es que ninguna de ellas podrá afectarse porque se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C. Co.

FRENTE AL HECHO 3: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

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

FRENTE AL HECHO 5: Si bien es cierto que el 21 de junio del 2024 se presentó solicitud de indemnización ante mi representada, esta misma fue objetada el 08 de julio de 2024, ya que en la Historia Clínica aportada como anexo de la misma, se encontró que el señor CRISTIAN FERNANDO CÓMBITA REYES fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues el señor CRISTIAN FERNANDO CÓMBITA REYES registra antecedentes médicos como Trastorno de Disco Lumba, de Episodio Depresivo, Leishmaniasis, además, de Cervicalgía en registro de marzo de 2022; Trastorno de Estrés Postraumático en registro de julio del 2022, alguna, desde hace más de 5 años. Claramente estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Demandante, 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 el que ostentaba la calidad de asegurado el señor Cristian Fernando Combita Reyes deben ser declarados nulos según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que el mentado señor suscribió las

declaratorias de asegurabilidad.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro contenido en la Póliza No. ***133898. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede

declaratoria de responsabilidad en contra de las demandadas, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 5: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro por algún tipo de concepto a los hoy demandantes, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 6: Me opongo a que se declare la responsabilidad civil contractual en cabeza de mi representada, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 7:

Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro por algún tipo de concepto a los hoy demandantes, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos.

Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 8: Me opongo a la condena del pago de las costas del proceso, agencias en derecho e indexación por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada.

Además, solicito que se condene a la parte demandante a pagar las costas del proceso y agencias en derecho y se pague indexación, de las sumas antes mencionadas.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 9: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro por algún tipo de concepto a los hoy demandantes, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 10: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro por algún tipo de concepto a los hoy demandantes, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Omisiones que 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 de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Conforme lo dispone el Art. 206 del Código General del Proceso y sin que ello signifique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, respetuosamente presento objeción al Juramento Estimatorio de la demanda por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor Cristian Fernando Combita Reyes fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de antecedentes médicos de Trastorno de Disco Lumbar y otros, con Radiculopatía, de Episodio Depresivo y Leishmaniasis. Cervicalgia en registro de marzo de 2022. Trastorno de Estrés Postraumático en registro de julio del 2022. Hipoacusia desde septiembre de 2022. Trastorno Mental Organico o Sintomatico en octubre de 2022. También, se evidencian antecedentes de Lumbago en julio de 2022. Algunos de estos diagnósticos forman parte de las causales de calificación evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor Cristian Fernando Combita Reyes para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, que se concluye claramente que estos antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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.

En el presente asunto debe tenerse en consideración, que la asegurada, el señor Cristian Fernando Combita Reyes, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar los perfeccionamientos de sus aseguramientos, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como trastorno disco lumbar, radiculopatía, episodio depresivo, leishmaniasis, cervicalgia, trastorno de estrés post traumático, trastorno mental orgánico o sintomático y lumbago e igualmente sufría de tinnitus bilateral. Enfermedades que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al

perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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 este sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”¹.* (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, 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:

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.

“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 escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar 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***

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.

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.*

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

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.

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.

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

Es decir, a pesar de que el señor Cristian Fernando Combita Reyes conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad a los meses de noviembre de 2022, enero de 2023, marzo de 2023 y abril de 2024 negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citadas declaraciones de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- “Documento: Declaración de asegurabilidad de enero de 2023.”**

- Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000138003 certificado No. 0013 0158-63-4021625730

BBVA
Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA
GRUPO DEUDORES HIPOTECARIO Y/O LEASING HABITACIONAL PÓLIZA No. 127

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito: 2023/01/25 Oficina: 362 PARRAL MEXICO Ciudad: 139608

Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A. C.C o NIT: 860.003.020-1 Vigencia desde: Año / Mes / Día Vigencia hasta: Fin del crédito e las 24 horas

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: CRISTIAN FERNANDO CONTRA RIVERA Identificación: 1012329808 Edad: 26

Dirección: CARRERA 11A # 40-34 Teléfono: 3202689649 Ciudad: BOGOTÁ

Fecha de nacimiento: 29-01-1983 Sexo: M Ocupación/Profesión: SUBOFICIAL FUERZAS MILITARES

Datos del Seguro

Tasa: % Extra Prima: % Anexo ITP: Si ☐ No ☐ Valor Asegurado: \$

Prima Mensual: \$ Periodicidad: Vr. Prima Total: \$

Beneficiarios

Nombres y Apellidos: Parentesco: % Participación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura: 1.71 cms Peso: 70 Kg Fuma: Si ☐ No ☒ Cuántos cigarrillos diarios?:

Deportes que practica: TUSTAR

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?:

¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?:

¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?:

¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?:

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?:

Trastornos mentales o psiquiátricos: Si ☐ No ☒

Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso: Si ☐ No ☒

Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino: Si ☐ No ☒

Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna: Si ☐ No ☒

Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas: Si ☐ No ☒

Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón: Si ☐ No ☒

Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos: Si ☐ No ☒

Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio: Si ☐ No ☒

Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, estóago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo: Si ☐ No ☒

Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos: Si ☐ No ☒

Cáncer o tumores de cualquier clase: Si ☐ No ☒

Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?: Si ☐ No ☒

¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado: Si ☐ No ☒

¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?: Si ☐ No ☒

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

“Documento: Declaración de asegurabilidad de noviembre de 2022.”

- Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000034958 certificado No. 0013- 0158-65-4021817618

BBVA
Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito: 2023/03/23 Oficina: OCONA Ciudad: OCONA

Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A. C.C o NIT: 860.003.020-1 Vigencia desde: Vigencia hasta:

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

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: CRISTIAN FERNANDO CONTRA RIVERA Identificación: 1012329808 Edad: 36

Dirección: CARRERA 11A # 40-34 Teléfono: 3202689649 Ciudad: BOGOTÁ

Fecha de nacimiento: 29-01-1983 Género: M Ocupación/Profesión: MILITAR

Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: sanidad m.lto

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si ☐ No ☒ ¿Cual?:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura: 1.71 cms Peso: 70 Kg

¿La 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?: Si ☐ No ☒

¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?: Si ☐ No ☒

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?: Si ☐ No ☒

¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?: Si ☐ No ☒

¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?: Si ☐ No ☒

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

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)

“Documento: Declaración de asegurabilidad de marzo de 2023.”

- Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000162314 certificado No.
- 0013-0865-35-4001199219

BBVA

Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO COLECTIVO SEGURO DE VIDA
GRUPO DEUDORES HIPOTECARIO Y/O LEASING HABITACIONAL

Amparos: Vida e Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilidad del crédito: 02/11/2024	Oficina: oficina	Ciudad: oficina
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde: Día / Mes / Año
		Vigencia hasta: Fin del crédito a las 24 horas

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

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos: CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES	Identificación: 1017329808
Dirección: CORRETO 39 # 7a 22	Teléfono: 320768999
Fecha de nacimiento: 29/01/1987	Edad: 37
Ocupación/Profesión: militar	
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)*	
Estatura: 1.71 cms	Peso: 80 Kg
Fuma: Si ☐ No ☒	¿Cuántos cigarrillos diarios?
Por favor responda las siguientes preguntas respecto a su estado de salud:	
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	Si No
¿Sufrir alguna discapacidad física o mental?	Si No
¿Ha estado en tratamiento por alcoholismo o drogadicción?	Si No
¿Ha estado o se encuentra actualmente en proceso de calificación por pérdida de capacidad laboral?	Si No
¿Toma medicamentos actualmente? En caso afirmativo indique cual (es):	Si No
¿Practica algún deporte? En caso afirmativo indique cuál (es):	Si No
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?	Si No
Trastornos mentales o psiquiátricos:	Si No
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblores, dolores de cabeza frecuentes, derrame o aneurisma u otras enfermedades del sistema nervioso.	Si No
Bocio, diabetes, colesterol, triglicéridos altos u otras enfermedades del sistema endocrino.	Si No
Reumatismo, artritis, gota, fracturas o enfermedades de huesos, músculos o columna.	Si No
Enfermedades del bazo, anemias, enfermedades de la sangre, ganglios o enfermedades inmunológicas.	Si No
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón, arterias, venas, válvulas o trastornos del ritmo cardíaco.	Si No
Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos	Si No
Asma, tos crónica, tuberculosis, bronquitis crónica, enfisema (EPOC), apnea del sueño o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio.	Si No
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo.	Si No
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos.	Si No
Cáncer o tumores de cualquier clase.	Si No
Infección por SIDA - VIH positivo	Si No
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?	Si No
Por favor responda las siguientes preguntas si es mujer	
¿Ha tenido enfermedades en senos, matriz, ovarios?	Si No
¿Se encuentra en estado de embarazo? en caso afirmativo, indique en que mes de gestación se encuentra:	Si No
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:	

“Documento: Declaración de asegurabilidad abril de 2024.”

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso el señor Cristian Fernando Combita Reyes respondió de forma omisiva y faltando a la verdad a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expone 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, obsérvese de la historia clínica de titularidad del demandante los siguientes diagnósticos y antecedentes que respaldaron el análisis de deficiencias anteriormente descrito:

- TINNITUS BILATERAL

NORMAL

ATENCIÓN PRESENCIAL, CON MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD COMO: TAPABOCAS Y BATA
LAVADO DE MANOS PREVIO Y POSTERIOR A
PROCEDIMIENTOS DE AUDIOLOGIA.
ANTECEDENTES OTOLÓGICOS: FAMILIARES DE
HIPOACUSIA NO, TINNITUS SI EN AMBOS OÍDOS
DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, PROCESOS
INFECCIOSOS DE OÍDO NO, OTALGIA NO,
SENSACIÓN DE PLENITUD AURAL SI SOLO
CUANDO VOY EN CARRETERA, EPISODIOS DE
VERTIGO NO, CAPACIDAD AUDITIVA REFIERE
AUDICIÓN NORMAL ANTECEDENTE CLINICOS
PRESENTA DIAGNOSTICOS:NO REPORTA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES MILITAR
ACTIVO SS TIEMPO DE SERVICIO 18 AÑOS UNIDAD
ACTUAL BAAID 2 OCAÑA DE SANTANDER

Documento: Historia Clínica.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: 19/07/2023: ATENCIÓN PRESENCIAL, CON MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD COMO: TAPABOCAS Y BATA LAVADO DE MANOS PREVIO
Y POSTERIOR A PROCEDIMIENTOS DE AUDIOLOGIA. ANTECEDENTES
OTOLÓGICOS: FAMILIARES DE HIPOACUSIA NO, TINNITUS SI EN AMBOS
OÍDOS DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, PROCESOS INFECCIOSOS DE
OÍDO NO, OTALGIA NO, SENSACIÓN DE PLENITUD AURAL SI SOLO
CUANDO VOY EN CARRETERA, EPISODIOS DE VERTIGO NO, CAPACIDAD
AUDITIVA REFIERE AUDICIÓN NORMAL ANTECEDENTE CLINICOS
PRESENTA DIAGNOSTICOS:NO REPORTA ANTECEDENTES
OCUPACIONALES MILITAR ACTIVO SS TIEMPO DE SERVICIO 18 AÑOS
UNIDAD ACTUAL BAAID 2 OCAÑA DE SANTANDER

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que al menos desde varios años atrás, el señor CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES fue diagnosticado con tinnitus en ambos oídos y así lo indica la historia clínica en donde se refleja las conclusiones. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **CERVICALGIA**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

M542 CERVICALGIA

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Confirmado Repetido

ANÁLISIS:

Paciente con cervicalgia agudizada con trastorno de ansiedad e insomnio secundario, por lo cual se inicia tratamiento medico en observación con medicación formulada, se le explica al paciente, se da medida de choque para conseguir mejorar su estado de animo y se inicia terapia analgésica intramuscular y endovenosa, se da orden además para manejo medico ambulatorio y se dan recomendaciones

TRATAMIENTO:

1. Solución salina normal 0.9 % 500 cc intravenoso ahora a goteo lento.
2. Dipirona igr IV en bolo de 10 cc de solución salina normal 0.9% lento.
3. Dexametasona ampolla de 4 mg iv diluido en 50 cc de solución salina normal 0.9 %
4. Amitriptilina 25 mg una cada día.
5. Diclofenado 75 mg im ahora
6. Diclofenaco 50 mg vo cada 12 horas

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS

- F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO

REFERENCIA DE PACIENTE

Referencia de paciente No: REF-2022-03-117564

CODIGÓ CUPS 871010 CANTIDAD 1

DESCRIPCION DEL CUPS RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

OBSERVACIÓN Paciente con cervicalgia crónica

Documento: Historia Clínica.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: 28/03/2022: Paciente con cervicalgia agudizada con trastorno de ansiedad e insomnio secundario, por lo cual se inicia tratamiento medico en observación con medicación formulada, se le explica al paciente, se da medida de choque para conseguir mejorar su estado de ánimo y se inicia terapia analgésica intramuscular y endovenosa, se da orden además para manejo medico ambulatorio y se dan recomendaciones

Es evidente que partir de este documento se demuestra fehacientemente que el señor Cristian Fernando Combita Reyes fue diagnosticado con trastorno disco lumbar, radicolupatia, episodio depresivo, leishmaniasis, cervicalgia, trastorno de estrés post traumático, trastorno mental orgánico o sintomático y lumbago e igualmente sufría de tinnitus bilateral, de manera previa a la suscripción de sus declaraciones de asegurabilidad, en los meses de noviembre de 2022, enero de 2023, marzo de 2023 y abril de 2024. Lo que deja en evidencia la conducta reticente de la demandante conforme con lo establecido en el artículo 1058 del C.Co., y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante patologías y antecedentes que fueron tenidos en cuenta por la Junta Médica Laboral No. 1220714 del 14 de diciembre de 2023.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que el señor Cristian Fernando Combita Reyes, no informó a mi procurada de la existencia de sus antecedentes médicos de Trastorno de Disco Lumbar y otros, con Radiculopatía, además, se evidencian antecedentes médicos en el mismo registro de Episodio Depresivo y Leishmaniasis. Cervicalgia en

registro de marzo de 2022. Trastorno de Estrés Postraumático en registro de julio del 2022. Hipoacusia desde septiembre de 2022. Trastorno Mental Organico o Sintomatico en octubre de 2022. También, se evidencian antecedentes de Lumbago en julio de 2022, e incluso de episodio depresivo de manera previa a la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad, patologías que han sido tratadas hasta la fecha.

Incluso en el dictamen expedido por la Dirección de Sanidad del Ejército se hace referencia a un dictamen No. 101727 del 12 de junio de 2018, expedido por Dirección de Sanidad del Ejército. Luego, queda en evidencia que para noviembre de 2022, enero de 2023, marzo de 2023 y abril de 2024 el señor Cómbita Reyes ya conocía de sus dolencias que debió declarar sinceramente, pues contrató los seguros y no informó al momento de tomarlos sus antecedentes médicos.

Esta situación correspondiente a la negativa con la que el señor Cristian Fernando Combita Reyes declaró el estado del riesgo al contratar los seguros que ahora pretende afectar, indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de sus aseguramientos 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 a una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, los aseguramientos del señor Cristian Fernando Combita Reyes deben declararse nulos, debido a que 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 las declaraciones de asegurabilidad que suscribió y aquel faltando a la verdad negó sus antecedentes que fueron determinantes para la calificación de pérdida de capacidad laboral emitida por Dirección de Sanidad del Ejército.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Cristian Fernando Combita Reyes deben declararse nulos, debido a que aquel negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de los seguros como trastorno disco lumbar, radiculopatía, episodio depresivo, leishmaniasis, cervicalgia, trastorno de estrés post traumático, trastorno mental orgánico o sintomático y lumbago e igualmente sufría de tinnitus bilateral y otros que se demostrará al discurrir del asunto. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió y aquel no declaró sinceramente el estado del riesgo, pues lo cierto es que de esa manera vició el consentimiento del asegurador quien creyó estar asegurando a una persona en óptimas condiciones cuando no era así, de tal suerte que de haber conocido los antecedentes médicos del señor Mejía la aseguradora se habría retraído de suscribir los contratos o incluso habría pactado condiciones más onerosas, por ello, no queda duda

que se configura la nulidad de los aseguramientos y no podrá imponerse obligación alguna a cargo de mi representada.

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

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

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, como se expone en el escrito de la demanda para el caso que nos ocupa, desconociendo la ubérrima buena fe que recae en cabeza del señor CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES para el momento de las suscripciones de los contratos de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidora financiera. Tal y como se expondrá a continuación, no solo 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 estos 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 estas 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 uberrima 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 junio 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 solo el 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

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.”

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 conocer⁷”. (Subrayado y negrita fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso como las compañías aseguradoras no se encuentran en la obligación de realizar ningún tipo de examen de ingreso ante la obligación en cabeza del tomador de declarar de manera sincera su estado de salud previo y actual para la suscripción del contrato de seguro, así:

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

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.

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

particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez14, en donde estableció lo siguiente:

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

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

*Esto por cuanto, se reitera, **el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.***

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es el quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”
(Subrayado y negrita 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 la ausencia de esta carga en cabeza de las compañías aseguradoras:

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de***

inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...⁹(subrayado y negrita 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

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

relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado y negrita 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 el señor Arturo Díaz Murillo expediente No. 2016-0318 en relación con 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 del asegurado 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 ubérriba bona fidei**”* (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 26 de octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por la señora Carmela Sofia Orozco contra el Banco Caja Social, expediente No. 2016-0367, se ha reconocido:

*“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 del texto original)

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 estas 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 uberrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es este el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a 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 seguro¹⁰. (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 asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

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.

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 bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación 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 las declaratorias de nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado 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.

4. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.

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

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

En conclusión, dado que el señor Cristian Fernando Combita Reyes fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocido 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 ellos, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

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

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

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

(...)

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

(Subrayado fuera del texto original)

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

6. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

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

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

CAPÍTULO II **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1.** Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Cristian Fernando Combita Reyes el día 28 noviembre de 2022.
- 1.2.** Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Cristian Fernando Combita Reyes el día 23 enero de 2023.
- 1.3.** Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Cristian Fernando Combita Reyes el día 15 marzo de 2023.
- 1.4.** Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Cristian Fernando Combita Reyes el día 22 abril de 2024.
- 1.5.** Clausulado general de la póliza de seguro vida deudores.
- 1.6.** Certificado de la póliza de seguro vida deudores No. 01 0510000296075 que garantizaba la obligación terminada en *8022.
- 1.7.** Certificado de la póliza de seguro vida deudores No. 01 0510000296075 que garantizaba la obligación terminada en *4359.

- 1.8. Certificado de la póliza de seguro vida deudores No. 02 260 0000034958 que garantizaba la obligación terminada en *6196.
- 1.9. Certificado de la póliza de seguro vida individual No. 02 105 0000133898 que garantizaba la obligación terminada en *8022.
- 1.10. Derecho de petición enviado a Sanidad Militar, a fin de obtener la historia clínica del señor CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES y certificaciones sobre reubicaciones y actividades desarrolladas como parte de su vinculación laboral.
- 1.1. Historia clínica parcial del señor Historia clínica parcial del señor José Antonio Quiroga Suárez.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a el señor **CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES**, 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 Cristian Fernando Combita Reyes podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de las Pólizas Vida Grupo Deudores objeto de litigio.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros 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 de la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros 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 la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros, así como

la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada 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.

- 4.2. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros 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 de la señora Ibarra Barros. 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 de la señora Ibarra Barros, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 No. 72-21, piso 8 de Bogotá D.C. y en el correo electrónico juliealexandra.triana@bbva.com - Teléfono: 601-3471600.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Historia clínica completa del señor **CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES** desde el año 2004 al 2024.
-

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que **CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro de las Pólizas Vida Grupo Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrado; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurada declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, 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. El accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su libelo de demanda.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES** identificado con cédula de ciudadanía No. 1012329808 correspondiente al periodo que va desde el año 2004 al 2024.
- Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido mediante Junta Médica Laboral No. 101727 respecto del señor **CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES** identificado con cédula de ciudadanía No. 1012329808, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.
- Certificación en la que se indique la situación laboral del señor Cristian Fernando Combita Reyes dentro del Ejército.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que la Demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

6. OFICIOS

- 6.1. Comendidamente ruego se oficie al **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, para que con destino a este proceso remita:
- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES** identificado con cédula de ciudadanía No. 1012329808 correspondiente al periodo que va desde el año 2004 al 2024.
 - Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido mediante Junta Médica Laboral No. 101727 respecto del señor **CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES** identificado con cédula de ciudadanía No. 1012329808, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.
 - Certificación en la que se indique la situación laboral del señor Cristian Fernando Combita Reyes dentro del Ejército.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales 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.

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que el Asegurado había sido diagnosticado antes de los meses de noviembre de 2022, enero de 2023, marzo de 2023 y abril de 2024 con antecedentes médicos de trastorno disco lumbar, radicolupatia, episodio depresivo, leishmaniasis, cervicalgia, trastorno de estrés post traumático, trastorno mental orgánico o sintomático y lumbago e igualmente sufría de tinnitus bilateral . Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables 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 los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el ellos.

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”*. Comendidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez la entidad oficiada **DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR** aporte con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad e institucione prestadora de salud mencionada pues 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.

8. ANEXOS

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

9. NOTIFICACIONES

- Al suscrito en la Carrera 11ª No. 94A - 23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

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