

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES.

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.
RADICADO: 2024146116
EXPEDIENTE: 2024-21248
DEMANDANTE: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

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 FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES 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 PRIMERO: 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 SEGUNDO: 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 TERCERO: 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 CUARTO: Si bien es cierto que sobre la obligación en mención se suscribió un contrato de seguro de vida con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Conforme a ello, se expidió la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000127994. Lo cierto y lo que deberá tener en cuenta su Despacho es que el contrato de seguro debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que el asegurado fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual.

FRENTE AL HECHO QUINTO: Si bien es cierto lo que se manifiesta en el presente hecho. Debe considerarse que el contrato de seguro debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que el asegurado fue reticente al no declarar su real estado de salud. Para la fecha de 09 de mayo de 2022 en que se suscribió la declaración de asegurabilidad por esta póliza el demandante ya conocía que padecía de HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Enalapril, además, se evidencia antecedentes de Rinitis Crónica más Disfonía en registro de julio 06 de 2023. Parálisis de Bell en registro de Julio 13 de 2023. Apnea del Sueño y Trastorno del nervio facial en registro de julio 17 de 2023. Hiperlipidemia en registro de agosto 101 de 2023. También, presenta antecedentes de Trastorno de Disco Lumbar y otros con Radiculopatía en agosto 28 de 2023 y otras Espondilopatías en septiembre 04 de 2023, pues en sus registros de la historia clínica se observa que se encontraba en tratamiento. En ese sentido, el contrato se encuentra viciado de nulidad relativa teniendo en cuenta que la aseguradora creyó estar asegurando a una persona en buen estado de salud, cuando realmente estaba asegurando a una persona con enfermedades graves

FRENTE AL HECHO SEXTO: 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 SEPTIMO: Si bien es cierto que sobre la obligación en mención se suscribió un contrato de seguro de vida con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Conforme a ello, se expidió la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 245 0000108640. Sin embargo, en primera medida debe considerarse que el contrato de seguro debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que el asegurado fue reticente al no declarar su real estado de salud.

FRENTE AL HECHO OCTAVO: Si bien es cierto lo que se manifiesta en el presente hecho. Debe considerarse que el contrato de seguro debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que el asegurado fue reticente al no declarar su real estado de salud. Para la fecha del 14 de septiembre de 2023 en que se suscribió la declaración de asegurabilidad por esta póliza el demandante ya conocía que padecía de HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Enalapril, además, se evidencia antecedentes de Rinitis Crónica más Disfonía en registro de julio 06 de 2023. Parálisis de Bell en registro de Julio 13 de 2023. Apnea del Sueño y Trastorno del nervio facial en registro de julio 17 de 2023. Hiperlipidemia en registro de agosto 101 de 2023. También, presenta antecedentes de Trastorno de Disco Lumbar y otros con Radiculopatía en agosto 28 de 2023 y otras Espondilopatías en septiembre 04 de 2023 pues en sus registros de la historia clínica se observa que se encontraba en tratamiento desde dichas fechas. En ese sentido, el contrato se encuentra viciado de nulidad relativa teniendo en cuenta que la aseguradora creyó estar asegurando a una persona en buen estado de salud, cuando realmente estaba asegurando a una persona con enfermedades graves

FRENTE AL HECHO NOVENO: Es cierto, en efecto las pólizas No. 01 021050000127994 y No. 02 245 0000108640 amparaban el riesgo de ITP. Sin embargo, aunque las pólizas contemplan dicho amparo lo cierto es que ninguna de las dos está llamada a afectarse porque los dos contratos deben ser declarados nulos teniendo en cuenta que se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C. Co.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: 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.

Sin perjuicio de lo anterior, aunque no me consta lo relativo al accidente laboral que sufrió el demandante, su historia clínica si refleja que el mismo tenía estos padecimientos desde hace varios años, incluso desde antes de suscribir las declaraciones de asegurabilidad en 2022 y 2023.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: 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 DÉCIMO SEGUNDO: 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 DÉCIMO TERCERO: 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.

Sin perjuicio de lo anterior, las enfermedades que llevaron a la junta a calificarlo en ese porcentaje, ya eran padecidas por el señor Fernando Ramos desde antes del año 2022 y 2023 cuando solicitó su inclusión en las pólizas de seguro. Tanto es así que, encontramos enfermedades como Rinitis Crónica más Disfonía, Parálisis de Bell y Apnea del Sueño y Trastorno del nervio facial en donde todas se observan en la historia clínica desde el 2023.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO: Si bien es cierto que el 3 de abril del 2024 se presentó solicitud de indemnización ante mi representada, esta misma fue objetada el 11 de abril de 2024, ya que en la Historia Clínica aportada como anexo de la misma, se encontró que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo,

pues el señor FERNANDO RAMOS PAYARES registra antecedentes médicos como HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Enalapril, además, se evidencia antecedentes de Rinitis Crónica más Disfonía en registro de julio 06 de 2023. Parálisis de Bell en registro de Julio 13 de 2023. Apnea del Sueño y Trastorno del nervio facial en registro de julio 17 de 2023. Hiperlipidemia en registro de agosto 101 de 2023. También, presenta antecedentes de Trastorno de Disco Lumbar y otros con Radiculopatía en agosto 28 de 2023 y otras Espondilopatías en septiembre 04 de 2023. 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.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO: Si es cierto, respecto a la solicitud de indemnización presentada ante mi representada, esta misma fue objetada el 11 de abril de 2024, ya que en la Historia Clínica aportada como anexo de la misma, se encontró que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues el señor FERNANDO RAMOS PAYARES registra antecedentes médicos como HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Enalapril, además, se evidencia antecedentes de Rinitis Crónica más Disfonía en registro de julio 06 de 2023. Parálisis de Bell en registro de Julio 13 de 2023. Apnea del Sueño y Trastorno del nervio facial en registro de julio 17 de 2023. Hiperlipidemia en registro de agosto 101 de 2023. También, presenta antecedentes de Trastorno de Disco Lumbar y otros con Radiculopatía en agosto 28 de 2023 y otras Espondilopatías en septiembre 04 de 2023. 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.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO: No es cierto, el apoderado del demandante incurre en un error de interpretación dado que lo que la objeción dice es “De acuerdo con la historia clínica de la Clínica General del Norte de enero 21 de 2022 encontramos que el señor Fernando Antonio Ramos Payares tiene antecedentes médicos de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico con enalapril”. Por lo cual, eso no quiere decir que la historia clínica haya sido emitida en esa fecha, sino que en esa fecha se encuentra el registro de antecedentes de HTA.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEPTIMO: Si es cierto, respecto a la solicitud de reconsideración presentada ante mi representada, se presentó ratificación de la objeción el 20 de mayo de 2024, ya que en la Historia Clínica aportada como anexo de la misma, se encontró que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues el señor FERNANDO RAMOS PAYARES registra antecedentes médicos como HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Enalapril, además, se evidencia antecedentes de Rinitis Crónica más Disfonía en registro de julio 06 de 2023. Parálisis de Bell en registro de Julio 13 de 2023. Apnea del Sueño y Trastorno del nervio facial en registro de julio 17 de 2023. Hiperlipidemia en registro de agosto 101 de 2023. También, presenta antecedentes de Trastorno de Disco Lumbar y otros con

Radiculopatía en agosto 28 de 2023 y otras Espondilopatías en septiembre 04 de 2023. 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.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: No son ciertas las afirmaciones realizadas en el presente hecho realizado por el apoderado del demandante, las cuales se van a aclarar en la siguiente forma:

El objeto del presente litigio es un contrato de ubérrima buena fe y por esa razón, la aseguradora no está obligada a la realización de exámenes médicos, ni del análisis de la historia clínica, dado que la misma confió en la declaración que hizo el señor Fernando Ramos, quien es, mejor que nadie, el indicado para declarar su estado real de salud, pues nadie la conoce más que él. Pese a ello, mintió en la declaración.

Sin perjuicio de lo anterior el apoderado del demandante incurre en un error de interpretación dado que lo que la objeción dice es “De acuerdo con la historia clínica de la Clínica General del Norte de enero 21 de 2022 encontramos que el señor Fernando Antonio Ramos Payares tiene antecedentes médicos de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico con enalapril”. Por lo cual, eso no quiere decir que la historia clínica haya sido emitida en esa fecha, sino que en esa fecha se encuentra el registro de antecedentes de HTA.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO: 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 VIGÉSIMO: No es cierto que al señor FERNANDO RAMOS PAYARES se le hubieren diligenciado por los funcionarios del BANCO BBVA los formularios o solicitudes de seguro de vida única y exclusivamente pues esto ocurrió de manera libre y voluntaria, de tal suerte que en los mismos documentos de las solicitudes/certificados individuales Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000127994 y 02 245 0000108640 que están debidamente firmados el 09 de mayo de 2022 y el 14 de septiembre de 2023, obra la doble firma del hoy demandante, en señal de aceptación de dos cosas **(i)** la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y **(ii)** la certificación de que recibió la información respecto a los productos adquiridos, esto es el seguro deudor: veamos:

Edad mínima de ingreso: 16 años. Edad máxima de Ingreso: 74 años y 364 días y Permanencia Hasta la cancelación del crédito.
Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente la máxima de ingreso 69 años y 364 días y Permanencia Hasta los 71 años y 364 días.

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

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

Para constancia se firma en Valledupar a los 9 días del mes de Mayo de 2022.

Firma del Solicitante: [Firma]
Firma Autorizada: [Firma]
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para reclamaciones: BBVA Seguros Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique David Fernández, Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbva@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993.

DOCUMENTO: Solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000127994.

TRANSCRIPCIÓN PARTE ESENCIAL: (...) CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ FIELMENTE A INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO. "LA MORSA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".

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

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

Para constancia se firma en Valledupar a los 14 días del mes de SEP de 2023.

Firma del Solicitante: [Firma]
Firma Autorizada: [Firma]
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para reclamaciones: BBVA Seguros Carrera 9 # 72 - 21, Piso 8 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique David Fernández, Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbva@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993.

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)					
Tasa	Extra Prima	Anexo TTP	Valor Asegurado	Número de Obligación	
%	%	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Prima Mensual \$	Periodicidad		Vr Prima Total \$		

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO
M026300110236204869600234248

DOCUMENTO: Solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 245 0000108640.

TRANSCRIPCIÓN PARTE ESENCIAL: (...) CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ FIELMENTE A INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Ahora, tampoco al cierto que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES no se le hubiera brindado la

información completa de las pólizas, pues en las copias de las solicitudes / certificados individuales Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000127994 y 02 245 0000108640 que están debidamente firmados el 09 de mayo de 2022 y el 14 de septiembre de 2023, se dejó expresa anotación indicando que “el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página www.bbvaseguros.com.co”. Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad.

En este punto, es pertinente indicar que la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. De lo que se desprende, que la obligación de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o piensan adquirir, está en cabeza de los consumidores financieros.

Sin perjuicio de lo anterior, el FERNANDO RAMOS PAYARES no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Por el contrario, respondió negando todas las preguntas que se encuentran en los formularios de asegurabilidad. De modo que no puede pretenderse convalidar la reticencia del entonces asegurado indicando que no fue advertido sobre la relevancia de sus condiciones de salud, cuando los mismos documentos son claros en indicar que recibió la información del producto de forma clara y aun así diligenció libremente la información contenida en esas solicitudes.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: No es un hecho sino una mera apreciación del apoderado de la parte demandante, que en todo caso desconoce que el simple hecho de aportar el resultado de la junta medica laboral no implica la existencia de obligación a cargo de la compañía aseguradora, máxime cuando en este asunto el hoy demandante fue reticente y no puso de presente sus afecciones de salud al momento de solicitar el aseguramiento, y que posteriormente serían dichos antecedentes los que llevaron a la IPS U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB a calificarlo con una pérdida de capacidad laboral mayor al 50%, es decir, las patologías conocidas y omitidas por el señor FERNANDO RAMOS PAYARES conlleva a que el contrato de seguro este viciado de nulidad, aspecto que por contera implica la imposibilidad de condenar a mi prolijada.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO: 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 VIGÉSIMO TERCERO: 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 VIGÉSIMO CUARTO: 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 VIGÉSIMO QUINTO: 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 VIGÉSIMO SEXTO: No es un hecho sino una mera apreciación del apoderado de la parte demandante, que en todo caso desconoce que el simple hecho de aportar el resultado de la junta medica laboral no implica la existencia de obligación a cargo de la compañía aseguradora, máxime cuando en este asunto el hoy demandante fue reticente y no puso de presente sus afecciones de salud al momento de solicitar el aseguramiento, y que posteriormente serían dichos antecedentes los que llevaron a la Ips U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB a calificarlo con una pérdida de capacidad laboral mayor al 50%, es decir, las patologías conocidas y omitidas por el señor FERNANDO RAMOS PAYARES conlleva a que el contrato de seguro este viciado de nulidad, aspecto que por contera implica la imposibilidad de condenar a mi prohijada.

Sin perjuicio de lo anterior, no es cierto lo manifestado dado que el demandante lo que pretende trasladar a la aseguradora la obligación de declarar el estado de su propia salud. Perdiendo así de

vista, que ya la jurisprudencia se ha decantado frente a ese punto, indicando que la aseguradora no tiene la obligación de practicar exámenes médicos, ni nada parecido, porque esta ante un contrato de ubérrima buena fe.

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 FERNANDO RAMOS PAYARES 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.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: No me opongo a que se declare la existencia de unas Pólizas de Vida de Seguros Deudores No. 021050000127994 y 02 245 0000108640, que amparan las obligaciones crediticias antes mencionadas, pues, aunque la existencia de los seguros no está en discusión. No obstante, deben ser declaradas nulas porque los contratos quedaron viciados como consecuencia de la reticencia del señor Payares porque las mismas están viciadas de nulidad porque el señor FERNANDO RAMOS PAYARES no declaró sinceramente el estado del riesgo, esto es, no declaró sus antecedentes y patologías en el momento de solicitar el aseguramiento.

Aclárale un poco tu oposición. Las pólizas si existen. No obstante, deben ser declaradas nulas porque los contratos quedaron viciados como consecuencia de la reticencia del señor Payares.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: Me opongo a que se declare el siniestro en Pólizas de Vida de Seguros Deudores No. 021050000127994 y 02 245 0000108640, que amparan las obligaciones crediticias antes mencionadas, pues, dichos contratos de seguro deberán ser declarados nulos, comoquiera que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES 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 enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial que padecía el señor FERNANDO RAMOS PAYARES con anterioridad a los perfeccionamientos de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES

para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes argumentos:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedidas por mi representada, como quiera que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES 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 enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial que padecía el señor FERNANDO RAMOS PAYARES con anterioridad a los perfeccionamientos de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. Los aseguramientos del señor Ramos Payares debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes

argumentos:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedidas por mi representada, como quiera que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES 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 enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la de las deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial FERNANDO RAMOS PAYARES con anterioridad a los perfeccionamientos de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. Los aseguramientos del señor Ramos Payares debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes argumentos:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedidas por mi representada, como quiera que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES 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 enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus

seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial con anterioridad a los perfeccionamientos de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. Los aseguramientos del señor Ramos Payares debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

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:

En primer lugar, no podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedidas por mi representada, como quiera que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES 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 enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial con anterioridad a los perfeccionamientos de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. Los aseguramientos del señor Ramos Payares debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

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

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 el asegurado, el señor FERNANDO RAMOS PAYARES, 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 deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial. 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

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

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

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

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

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

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.

tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”³
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

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.

específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese 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 dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.

- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual el Asegurado solicitó sus aseguramientos, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor FERNANDO RAMOS PAYARES las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor RAMOS PAYARES conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad a los meses de mayo de 2022 y septiembre de 2023, 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:

- **Declaración de asegurabilidad del 09 de mayo de 2022**
Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000127994

Estatura	1.60	cm	Peso	70	Kg	Fuma	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuántos cigarrillos al día?	
Deportes que practica										
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?										
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?										
¿Ha sido sometido a tratamiento anti-alcohólico 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										
Parálisis, epilepsia, vértigo, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso										
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino										
Reumatismo, artritis o gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna										
Enfermedades del bazo, anemia, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas										
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón										
Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos										
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio										
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo										
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos										
Cáncer o tumores de cualquier clase										
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?										
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o se han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo, indique el resultado										
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?										
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:										

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

- Declaración de asegurabilidad del 14 de septiembre de 2023:
Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 245 0000108640

BBVA Seguros

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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2023 09 18	Oficina Plaza Iopexua	Ciudad valledepar
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde 2023 09 18
Vigencia hasta		

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

Datos del Asegurado			
Nombre y Apellido Fernando Antonio Ramos Payares	Identificación 18938042	Edad 64	
Dirección Calle 09 #15-65	Teléfono 3162742838	Ciudad Agustín Codazzi	
Fecha de nacimiento 25-07-1959	Genero M	Ocupación/Profesión Coordinador - Docente	

Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: FOCCAL

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? SI No ¿Cuál?

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

	SI	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?		X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		X

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

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

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso el señor FERNANDO RAMOS PAYARES respondió de forma omisiva y faltando a la verdad a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el 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:

- HTA (DEFICIENCIA POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL)

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que al menos desde varios años atrás, el señor FERNANDO RAMOS PAYARES padecía de HTA (hipertensión arterial) 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.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Hipertensión Arterial no es un

evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor Ramos Payares se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, en donde se observa claramente registro de Hipertensión, lo que indiscutiblemente significa, que el asegurado sufre de esta patología hace varios años atrás, y aun así, no la puso de presente en los cuestionarios de salud que firmó. Como se observa:

ANTECEDENTES			
PERSONALES			
HTA	<input checked="" type="checkbox"/>	Dislipidemia	<input type="checkbox"/>
DM1	<input type="checkbox"/>	EAP	<input type="checkbox"/>
DM2	<input type="checkbox"/>	ECV	<input type="checkbox"/>
Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>	Enf. Vascular Periférica	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Enf. Pélvica Inflamatoria	<input type="checkbox"/>
Hepatopatías	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>
Imprime		Fecha De Impresion	27/03/2024 14:44

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA NIT 800.197.217-9	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB NIT 901.153.056-7		
 CEMA Clínica de Especialistas María Auxiliadora S.A.S.	 U.T. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB		
MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA			
REGISTRO CLINICO			
Historia clínica No.:	3975	Registro No.:	3
		Fecha:	21/01/2022 01:36:47 p.m.
Registrado por:	49697390 MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO	Edad:	64 Años \ 8 Meses \ 4 Días
Documento:	18938042	Tipo de Identificación:	Cédula_Ciudadanía
Nombres:	FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES		

Documento: Historia Clínica.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: 21/01/2022: ANTECEDENTES: HTA AFIRMATIVO

Así mismo, la historia clínica del señor Payares demuestra un seguimiento continuo a esta enfermedad, lo que permite inferir que no es un evento aislado o un acontecimiento de fácil olvido, pues como se expondrá a continuación, la historia clínica da cuenta cierta del seguimiento médico que le realizaron al señor Ramos Payares como consecuencia de su patología, desde el año 2021, en el que manejaron su patología con medicamentos cuya función es la de regular la tensión (Enalapril). Medicamentos que fueron ordenados en multiplicidad de registros de la historia clínica del paciente, específicamente en las siguientes fechas: 17/07/2023 y 01/08/2023 entre otros. Confirmando que esta no es una enfermedad de difícil recordación para el señor Ramos, pues es claro que ha estado en tratamiento y seguimientos continuos por esta patología durante al menos, los últimos tres años.

Tanta relevancia tuvo dicha patología, que, en el análisis de la pérdida de capacidad laboral, los médicos valoraron esta Hipertensión esencial Primaria como diagnóstico Relacionado para la calificación. Pues ciertamente es un antecedente de alta importancia en el cuadro médico de una persona de 62 años.

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Hipertensión Arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo que padeció el paciente desde al menos el año 2022. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el

aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Ramos Payares suscribió su declaración de asegurabilidad.

Máxime cuando los expertos han establecido las complicaciones que podría ocasionar el padecimiento de esta patología, entre los que se encuentran: hipertensión portal, hinchazón en las piernas y el abdomen, agrandamiento del bazo, sangrado, infecciones, desnutrición, acumulación de toxinas en el cerebro (encefalopatía hepática), ictericia, enfermedad ósea, aumento del riesgo de padecer cáncer de hígado, cirrosis crónica reagudizada. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren esta patología, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

- **TRASTORNO DE (DEFICIENCIA UNILATERAL DE LOS NERVIOS ESPINALES)**

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON LUMBAGO INCAPACITANTE, QUE REUIRE VHOPISTLIAZCION, POSTERIO A UN ESFUERZO LABORANDO, DOLOR SE IRRADIADO A MIEMBRO SINFERIORES, ACTUALMENTE EN MAENJO POR NEUROCIURGIA QUIEN OFRECE TRATAMIENTNO QUIRRUGICO Y MANIFIESTA NO ESTAR DECIDIDO, ACTUALMEN EN AMENJCONO TRTAMADOL + ACETAMINOFEN, PREGABALINA, ASISTE ACONTROL DE SU PTOLGIA DE BASE, PERSISTE CON MAL PATRON DEL SUEÑO. ANTECEDENTESPATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGAFARMACOLOGICOS: PREGABALINA, TRAMADOL+ACETAMINOFEN, LOSARTAN+HCT EXAMENES14/09/2023 EMG + NEUROCONDUCCION: SIGNOS DE DENERVACION ACTIVA EN LOS MUSLO PARESPINALES DE LOS NIVELES L4L5 BILATERALES, MIELORADICULOPATIA L4L5S1 CRONICA BILATERAL (CANAL LUMBAR ESTRECHO) 25/09/2023 GAMMAGRAFIA OSEA: OSTEoarTRITIS ACROJIOCLAVULAR, OSTEoARTROSIS ARTICLAR DE HOMBRO, NO HAY FRACTURAS 01/09/2023 RNM DE COLUMNA LUMBOSACRA: CURSA ESCOLITOCA LEVOCOVEXA, ESPONDILDISCORATROSIS LUMBAR, DISCOPAITA POR DESHIDRATCION EN EL SEGUNGO, TERCER Y CUADRO DISCOO INTERVENTREBRAL LUMBAR, CON HIPERTROFIA FACETARIA CONTRIBUYENTE, SINOVITIS INTERFACETARIA EN TODOS LOS NIVBELES LUMBAR, LINFEDEMA SUCUTANEO EN LA REGION LUMOSACRA 03/08/2023 POLISOMNOGRAFIA: SINDROME DE APENA - HIPOAPNEA OBSTRUVIA DEL SUEÑO NIVEL LEVE, SUEÑO REM DE MENOR CANTIDAD, EFICIENCIA DE SUEPO 85% 17/07/2023 TAC DE CRANEO SIMPLE: NORMAL 17/07/2023 LEUCOS 7550 N 56.9 HB 15 HTO 43.6 PLAQ 390.000 VIH NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, COLESTEROL TOTAL 245 HDL 40.6 TRI 258 LDL 188 HBA1C 6.3% 17/07/2023 TAC DE SENOS PARANASALES: PANSINUSITIS, TABIQUE NASAL SINUOSO CON EPOLON DE DISPOSICION IZQUIERDA

Documento: Historia Clínica.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: 11/10/2023: PARESPINALES DE LOS NIVELES L4L5 BILATERALES, MIELORADICULOPATIA L4L5S1 CRONICA BILATERAL (CANAL LUMBAR ESTRECHO) 25/09/2023 GAMMAGRAFIA

OSEA: OSTEoARTRITIS ACROJIOCLAVULAR, OSTEoARTROSIS ARTICLAR DE HOMBRO

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor Ramos Payares, en donde se especifica que sus síntomas devienen de tiempo atrás. Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro el señor Ramos Payares conocía de sus padecimientos de salud y específicamente su diagnóstico de la deficiencia unilateral de los nervios espinales, es decir que sus problemas de movilidad son anteriores al mes de septiembre de 2023, fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad y en donde tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

- **TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES RELACIONADAS CON EL PENSAMIENTO)**

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI CESAR, DOCENTE, CASADO, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TRASTORNO DEPRESIVO, MAS ANSIEDAD, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO SECUNDARIO AL DX DE DISCOPATIO LUMBO-SACRA LO CUAL LE IMPIDE LA DEMABULACION SIN APOYO NO EJECUTAR SUS LABORALES NORMALES NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Documento: Historia Clínica.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: 10/11/2023: PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI CESAR, DOCENTE, CASADO, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TRASTORNO DEPRESIVO, MAS ANSIEDAD, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO SECUNDARIO AL DX DE DISCOPATIO LUMBO-SACRA LO CUAL LE IMPIDE LA DEMABULACION SIN APOYO NO EJECUTAR SUS LABORALES NORMALES NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES, específicamente por el servicio de psiquiatría, la misma data del 2023 en donde se especifica el padecimiento de trastorno depresivo, más ansiedad. Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro (septiembre de 2023) el señor FERNANDO RAMOS PAYARES conocía de sus padecimientos de salud y específicamente su evolución de ansiedad y depresión ya que como se explica estos antecedentes médicos incluso hubo un cuadro clínico de 3 meses de evolución, es decir que no era un evento difícil de recordar para el demandante y conociendo de aquel debió declararlo al momento de solicitar de suscribir la declaración de asegurabilidad, contrario a ello, tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

• DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LA MARCHA

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA		REGISTRO CLINICO	
Historia clínica No.:	3975	Registro No.:	12
Registrado por:	1047391981 ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ		
Documento:	18938042	Tipo de Identificación:	Cédula_Ciudadania
Nombres:	FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES		
Ciudad:	AGUSTIN CODAZZI (CESAR)		
Fecha:			
04/09/2023 07:27:27 a.m.			
Edad:			
64 Años \ 8 Meses \ 4 Días			
Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.			
<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal			
DIAGNOSTICOS			
Principal	Diagnostico	Tipo	
<input checked="" type="checkbox"/>	M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Presuntivo	
<input type="checkbox"/>	M488 - OTRAS ESPONDILOPATIAS ESPECIFICADAS	Presuntivo	
<input type="checkbox"/>	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Presuntivo	
<input type="checkbox"/>	G479 - TRASTORNO DEL SUEÑO, NO ESPECIFICADO	Presuntivo	
PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES			
Plan De Manejo			
PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN HEMICARA IZQUIERDA ASOCIADO PARESTIAS EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y CEFALEA, HIPERSOMNIA DIURNA, DOLOR FIBROMUSCULAR, TRASTORNO DEL SUEÑO, CANSANCIO, POR LO QUE EN CITA PREVIA FUERON SOLICITADOS EXAMENES, HOY ACUDE CON RESULTADOS, REFIERE PRESENTO CUADRO DE LUMBDO INCAPACIDADTE POR QUE REQUIRIO HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA, ACTUALMENTE EN MAENJO CON PREGABALINA, IRBESARTAN, TRAMADOL+ACETAMINOFEN, PERISTE CON LIMITACION FUNCIONAL POR LO QUE NO ASISTE A CITA, ACUDE CON EN SU REPRESENTACION (NAYLETH FERNANDA RAMOS - HUA)			

Documento: Historia Clínica.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: 04/09/2023: PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON

CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN HEMICARA IZQUIERDA ASOCAIDO PARESTIAS EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y CEFALEA, HIPERSOMNIA DIURNA, DOLOR FIBROMUSCULAR, TRASTORNO DEL SUEÑO, CANSANCIO, POR LO QUE EN CITA PREVIA FUERON SOLICITADOS EXAMENES, HOY ACUDE CON RESULTADOS, REFIERE PRESENTO CUADRO DE LUMBDO INCAPCIDADTE POR QUE REQUIRO HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA, ACTUALMENTE EN MAENJO CON PREGABALINA, IRBESARTAN, TRAMADOL+ACETAMINOFEN, PERISTE CON LIMITACION FUNCIONAL POR LO QUE NO ASISTE A CITA, ACUDE CON EN SU REPRESENTACION (NAYLETH FERNANDA RAMOS - HIJA)

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES, específicamente por el servicio de medicina especializada, la misma data del 2023 en donde se especifica el padecimiento de alteraciones de la marcha. Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro (14 de septiembre de 2023) el señor FERNANDO RAMOS PAYARES conocía de sus padecimientos de salud y específicamente con limitación al a marcha y el movimiento por lumbago ya que como se explica en estos antecedentes médicos, es decir que no era un evento difícil de recordar para el demandante y conociendo de aquel debió declararlo al momento de solicitar de suscribir la declaración de asegurabilidad, contrario a ello, tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

Es evidente que partir de este documento se demuestra fehacientemente que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES fue diagnosticado con deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial, de manera previa a la suscripción de sus declaraciones de asegurabilidad, en los meses de mayo de 2022 y septiembre de 2023. 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 Ips U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB, en el Dictamen No. SO 032024017-1, del día 21 de marzo del 2024.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual *(i)* Al momento de suscribir la primera declaración de asegurabilidad de fechas 09 de mayo de 2022 y 14 de septiembre de 2023, el señor FERNANDO RAMOS PAYARES ya padecía y conocía de su deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios

espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial, condiciones que también omitió declarar. Esta cronología de patologías preexistentes no declaradas demuestra un patrón consistente de reticencia en cada una de las declaraciones de asegurabilidad, pues el asegurado conocía estas condiciones médicas al momento de suscribir cada uno de los seguros y, sin embargo, respondió negativamente a las preguntas que específicamente indagaban sobre estas patologías. y **(ii)** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que esta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: *"Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el*

consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato (...)" (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

Ahora bien, sin perjuicio de lo anterior, en este caso se probó que, el señor FERNANDO RAMOS PAYARES omitió relacionar sus antecedentes siendo éstos relevantes para el conocimiento de la aseguradora, que además aportaron a la calificación del dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, razón por la cual se busca hacer efectivo el seguro.

Ciertamente, y teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que estas claramente incluyen varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el Asegurado FERNANDO RAMOS PAYARES debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

<i>Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?</i>	NO
<i>¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?</i>	NO
<i>¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?</i>	NO
<i>¿Sufre alguna incapacidad física o mental?</i>	NO
<i>¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no</i>	NO

contemplado anteriormente?

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES tenía antecedentes de “HTA (*hipertensión arterial*) en tratamiento farmacológico con *Enalapril*, además, se evidencia antecedentes de *Rinitis Crónica más Disfonía en registro de julio 06 de 2023. Parálisis de Bell en registro de Julio 13 de 2023. Apnea del Sueño y Trastorno del nervio facial en registro de julio 17 de 2023. Hiperlipidemia en registro de agosto 101 de 2023. También, presenta antecedentes de Trastorno de Disco Lumbar y otros con Radiculopatía en agosto 28 de 2023 y otras Espondilopatías en septiembre 04 de 2023.*” el asegurado contestó negativamente a las preguntas que indagaban sobre otro tipo de enfermedades no relacionadas en la declaración de asegurabilidad, (iii) que si bien el señor Fernando Antonio Ramos Payares padecía de sendas enfermedades, el asegurado negó sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que el señor FERNANDO RAMOS PAYARES, no informó a mi procurada de la existencia de sus antecedentes médicos de deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial de manera previa a la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad, patologías que han sido tratadas hasta la fecha. Lo cual, 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 FERNANDO RAMOS PAYARES 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 la Ips U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB.

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. Los aseguramientos del señor FERNANDO RAMOS PAYARES deben declararse nulos, debido a que aquel negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de los seguros como de las deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión

arterial 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 FERNANDO RAMOS PAYARES 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 FERNANDO RAMOS PAYARES 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.*

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

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 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)*

exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

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

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

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

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

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

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

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

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es 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*

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

sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (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 ubérrima 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 Sofía 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 ubérrima 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 esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, 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

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

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

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

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

*máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (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 FERNANDO RAMOS PAYARES 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. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. 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.

¹¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

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 FERNANDO RAMOS PAYARES el día 09 de mayo de 2022.
- 1.2. Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor FERNANDO RAMOS PAYARES el día 14 de septiembre de 2023.
- 1.3. Clausulado general de la póliza de seguro vida deudores.
- 1.4. Derecho de petición enviado a la Ips U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB, a fin de obtener la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES.
- 1.5. Derecho de petición enviado a la FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, a fin de obtener los documentos que informen y certifiquen la calidad como docente adscrito al ministerio al igual que el histórico de reubicaciones o modificaciones que haya tenido el señor FERNANDO RAMOS PAYARES identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042, su gestión como docente adscrito al ministerio.
- 1.6. Fragmento de la historia clínica del señor FERNANDO RAMOS PAYARES.

1. INTERROGATORIO DE PARTE

- 1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a el señor **FERNANDO RAMOS PAYARES**, 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 FERNANDO RAMOS PAYARES podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

2. DECLARACIÓN DE PARTE

- 2.1. 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.

3. TESTIMONIALES

- 3.1. 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 del señor FERNANDO RAMOS PAYARES. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor FERNANDO RAMOS PAYARES, 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.

- 1.1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie como hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor FERNANDO RAMOS PAYARES. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la paliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

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

4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

4.1. 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 FERNANDO RAMOS PAYARES** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia clínica completa del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** desde el año 2010 al 2024.
- Copia íntegra de los documentos que apporto con los que inicio el trámite para la solicitud de calificación de perdida de capacidad laboral en la entidad U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB
- Copia íntegra de los documentos que apporto con los que inicio el trámite para la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral en la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CÉSAR

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que **FERNANDO RAMOS PAYARES** 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.

4.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **IPS U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042 correspondiente al periodo que va desde el año 20010 al 2024.
- Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por la **IPS U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB** respecto del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.

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 FERNANDO RAMOS PAYARES.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **FERNANDO RAMOS PAYARES** 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.

La **UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB** puede ser notificada en la Carrera 27 # 37 – 33 Edificio Green Gold, oficina 512, Bucaramanga o al correo electrónico info@utredintegradafoscal-cub.com.

4.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de los documentos que informen y certifiquen la calidad actual del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042 como docente adscrito al ministerio.
- Copia íntegra del histórico de reubicaciones o modificaciones que haya tenido el señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042, su gestión como docente adscrito al ministerio.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fuera la encargada de administrar las prestaciones sociales de las personas vinculadas al magisterio

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar el estado laboral actual del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042.

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

5. OFICIOS

5.1. Comedidamente ruego se oficie a la **IPS U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB**, para que con destino a este proceso remita:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042 correspondiente al periodo que va desde el año 2010 al 2024.
- Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral No. SO 032024017-1 respecto del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que FERNANDO RAMOS PAYARES 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.

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

- Copia íntegra de los documentos que informen y certifiquen la calidad actual del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042 como docente adscrito al ministerio.
- Copia íntegra del histórico de reubicaciones o modificaciones que haya tenido el señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042, su gestión como docente adscrito al ministerio.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fuera la encargada de administrar las prestaciones sociales de las personas vinculadas al magisterio

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar el estado laboral actual del señor **FERNANDO RAMOS PAYARES** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.938.042.

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

6. 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 mayo de 2022 y septiembre de 2023, con antecedentes médicos de deficiencias por alteraciones de la bipedestación y la marcha, la deficiencia unilateral de los nervios espinales, deficiencias por enfermedades reumáticas, deficiencias en las funciones relacionadas con el pensamiento y en las deficiencias por hipertensión arterial. 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*”. Comedidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez la **IPS U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB** 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.

7. 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.

8. 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.