Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES.

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.
RADICADO:	2024119553
EXPEDIENTE:	2024-17957
DEMANDANTE:	JAIME BRAVO MUNOZ
DEMANDADO:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,** tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por Jaime Bravo Muñoz en contra de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPITULO I

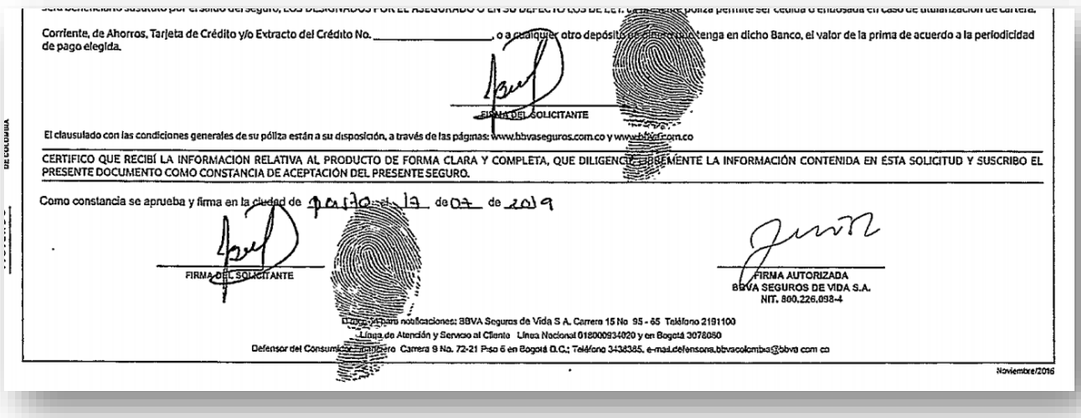
I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

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

Sin perjuicio de lo anterior, es cierto que el señor Jaime Bravo diligenció la declaración de asegurabilidad y pese a que las preguntas allí contenidas eran totalmente claras, las respondió de manera negativa, faltando a la verdad negando los antecedentes que tenía.

FRENTE AL HECHO 2: No me consta lo referenciado en el hecho, entre tanto se precisan supuestas actuaciones relacionadas con una sociedad ajena al giro normal de los negocios de mi representada, por lo que cualquier clase de comunicación emitida por la misma es por demás ajena al conocimiento de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, al señor Jaime Bravo Muñoz se le bridó la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 215 0000542552 debidamente firmada el 17 de julio de 2019, obra la doble firma del hoy demandante, en señal de aceptación de tres cosas **(i)** la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud, ***(ii)*** la certificación de que recibió la información respecto al producto adquirido, esto es el seguro deudor y ***(iii)*** la certificación en donde 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: veamos:



Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No. _____, o a cualquier otro depósito [illegible] tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

FIRMA DEL SOLICITANTE

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

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ FIELMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ÉSTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de [illegible] 19 de 07 de 2019

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 860.226.058-4

Lugar para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 15 No 95 - 65 Teléfono 2191100
Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078050
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail:defensora.bbvacolombia@bbva.com.co

Noviembre/2016

DOCUEMENTO: Solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 215 0000542552.

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.*

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.

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

Sin perjuicio de lo anterior, analizado el dictamen de PCL que aportó con su demanda, se observa que el señor padecía de varias patologías antes del 2023, especialmente de Ansiedad y Depresión, desde antes de julio de2019 como claramente lo muestra el dictamen al analizar las enfermedades que dan lugar a índice.

FRENTE AL HECHO 4 No es cierto lo que se manifiesta en el presente hecho, se debe aclarar que, sin perjuicio de la ausencia de la responsabilidad de la aseguradora, pues la fecha de siniestro no es en ninguna medida la fecha de estructuración. Es una interpretación equivocada del demandante.

La póliza es clara en el amparo de ITP cuando menciona que la fecha de siniestro es la fecha de emisión del dictamen de calificación.

En cualquier caso, la póliza por la cual fue vinculada mi representada a este caso no está llamada a afectarse sino a ser declarada nula, pues el señor Jaime Bravo Muñoz no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Por el contrario, respondió negando todas las preguntas que se encuentran en el formulario de asegurabilidad. De modo que no puede pretenderse convalidar la reticencia del entonces asegurado indicando que no fue advertido sobre la relevancia de sus condiciones de salud, cuando el mismo documento es claro en indicar que recibió la información del producto de forma clara y aún así diligenció libremente la información contenida en esa solicitud.

FRENTE AL HECHO 5: No es cierto lo que se manifiesta en el presente hecho, el demandante presentó solicitud de indemnización ante mi representada el día 13 de agosto de 2024, la cual fue objetada el 15 de agosto de 2024, ya que en la Historia Clínica aportada como anexo de la misma, se encontró que el señor Jaime Bravo Muñoz fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues el asegurado registra antecedentes médicos como trastorno mixto de ansiedad y

depresión de acuerdo con registros médicos del 11 de febrero de 2019. 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 6: No es cierto lo que se manifiesta en el presente hecho, fue el 15 de agosto de 2024 cuando se objetó la solicitud de indemnización con fundamento que en el presente caso se configura la nulidad del artículo 1058 del C.Co. toda vez que, de acuerdo con la Historia clínica aportada, el señor Jaime Bravo Muñoz registra antecedentes médicos como trastorno mixto de ansiedad y depresión de acuerdo desde hace varios años (2019); como se lee:

BBVA Seguros

Bogotá, 15 de agosto de 2024

Señores
BANCO BBVA COLOMBIA S.A
Sucursal PARQUE NARIÑO
Gerente

REFERENCIA.

TOMADOR	BANCO BBVA COLOMBIA S.A
AFECTADO	JAIME BRAVO MUÑOZ CC 15812439
RECLAMO	VGDB-33914
CRÉDITO	00130158009617348105

Respetado(a) Señor(a)

En atención a la documentación recibida en días anteriores en donde solicita hacer efectivo el amparo de Incapacidad Total y Permanente, según dictamen de invalidez emitido el 19 de abril de 2023, nos permitimos manifestar las siguientes consideraciones:

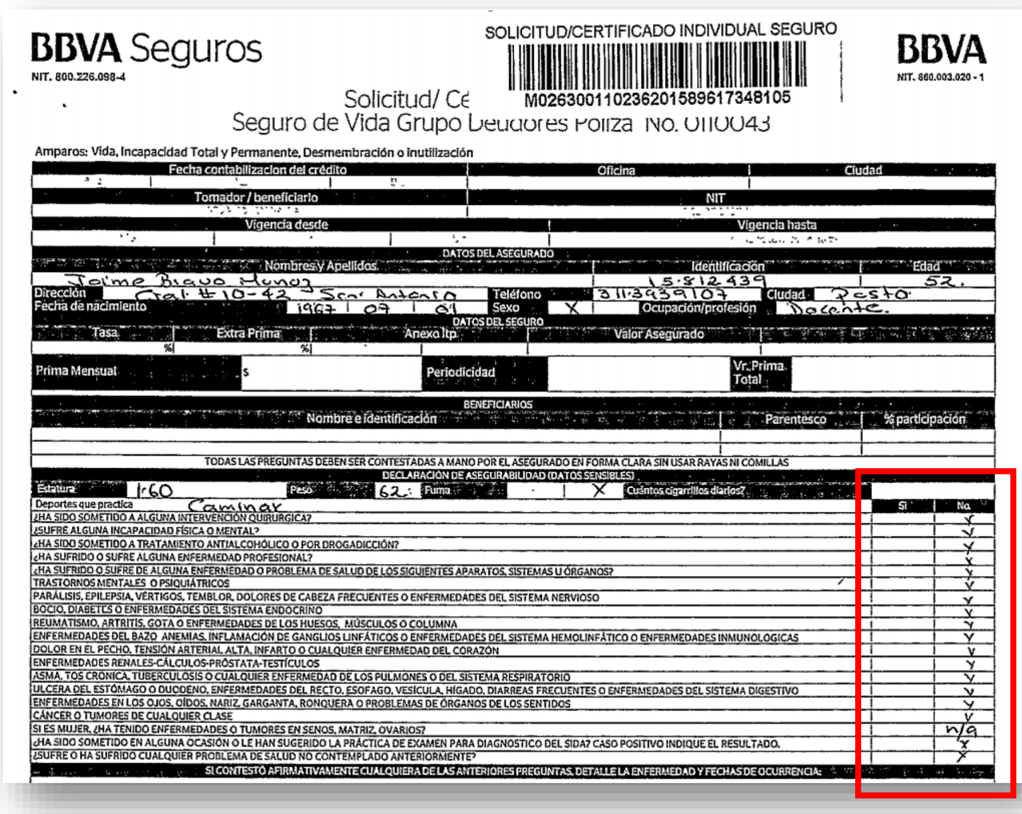
De acuerdo con la historia clínica descrita en el dictamen, encontramos que el señor Jaime Bravo, tiene antecedentes por presentar trastorno mixto de ansiedad y depresión de acuerdo con historia clínica emitida el 11 de febrero de 2019. Hecho relevante que no fue declarado y que motiva la objeción al pago del respectivo seguro.

FRENTE AL HECHO 7: No es un hecho sino una mera apreciación del apoderado de la parte demandante, el cual carece de fundamento factico y jurídico. En todo caso le corresponde a la parte actora cumplir con su carga probatoria, aportando pruebas pertinentes y conducentes en su respectiva oportunidad procesal, conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.

Sin perjuicio de lo anterior, no es cierto lo manifestado por el apoderado del demandante respecto de que la compañía aseguradora tenía la obligación y debía pedir la historia clínica a su cliente y solicitarle exámenes médicos. Toda vez que, 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 fe, 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 mediante la solicitud de historias clínicas o practica de exámenes médicos.

Teniendo en cuenta lo anterior, queda comprobado igualmente que no es cierto que el señor Jaime Bravo Muñoz informara sobre el padecimiento de sus patologías diagnosticas a mi cliente porque de lo contrario las habría marcado en el formulario que le facilito la compañía, tal y como se muestra a continuación:



BBVA Seguros
NIT. 800.226.098-4

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO
M0263001102362015896173481O5

BBVA
NIT. 860.003.020-1

Solicitud/ Ce
Seguro de Vida Grupo Deudores Poliza No. 0110043

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización

Fecha contabilizacion del crédito	Oficina	Ciudad

Tomador / beneficiario	NIT

Vigencia desde	Vigencia hasta

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos	Identificación	Edad
Jaime Bravo Munoz	15.812.439	52.

Dirección: Cral #10-42 San Antonio — Teléfono: 3113939107 — Ciudad: Pasto
Fecha de nacimiento: 1967 / 07 / 01 — Sexo: X — Ocupación/profesión: Docente.

DATOS DEL SEGURO

Tasa	Extra Prima	Anexo Itp	Valor Asegurado
%	%		

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

BENEFICIARIOS

Nombre e identificación	Parentesco	% participación

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Estatura: 1.60 — Peso: 62. — Fuma: X — Cuántos cigarrillos diarios?
Deportes que practica: Caminar

	Si	No
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRURGICA?		X
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		X
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		X
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		X
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		X
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		X
ENFERMEDADES DEL BAZO ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS		X
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		X
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS		X
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		X
ULCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESOFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		X
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		X
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?		n/a
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNOSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.		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 julio de 2019."*

FRENTE AL HECHO 8: No es un hecho sino una mera apreciación del apoderado de la parte demandante, el cual carece de fundamento factico y jurídico. En todo caso le corresponde a la parte actora cumplir con su carga probatoria, aportando pruebas pertinentes y conducentes en su respectiva oportunidad procesal, conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.

Sin perjuicio de lo anterior, no es cierto lo que se manifiesta en este hecho dado porque se incurrió en una equivocación porque el término bienal corre desde el momento en que el interesado haya tenido conocimiento, en este caso, la aseguradora tuvo conocimiento de la reticencia del asegurado desde la fecha en que presentó la reclamación, pues fue cuando se advirtió que desde 2019 contaba con sendas patologías no declaradas.

FRENTE AL HECHO 9: No es un hecho sino una mera apreciación del apoderado de la parte demandante, el cual carece de fundamento factico y jurídico. En todo caso le corresponde a la parte actora cumplir con su carga probatoria, aportando pruebas pertinentes y conducentes en su respectiva oportunidad procesal, conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO 10: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante relativo a la existencia del crédito, 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.

Sin perjuicio de lo anterior, es cierto que la póliza vida deudores VGDB-33914 sigue activa.

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 el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor Jaime Bravo Muñoz debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que el mentado señor Jaime Bravo Muñoz suscribió la declaratoria de asegurabilidad.

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte accionante por cuanto es claro que no procede declaratoria de responsabilidad en contra de la

demandada, toda vez que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos no declarados con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún saldo insoluto de la obligación CRÉDITO 9617348105 al beneficio oneroso y tomador de la póliza. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante.

- *Nulidad del contrato de seguro:* No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor Jaime Bravo Muñoz fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. 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 su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor Jaime Bravo Muñoz 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 su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

- *Igualmente es importante aclarar que, aunque la póliza materia del litigio según las razones expuestas en la presente contestación esta llamada a que el Honorable juez la declare nula, en todo caso el demandante incurrió en una equivocación y genera una imprecisión técnica que puede llevar a error al Despacho, en cuanto a que la fecha del siniestro no es la fecha de estructuración, como se ha ido manifestado en varias oportunidades, la póliza establece claramente que la fecha de siniestro es la fecha del dictamen aportado por el demandante.*

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO a la pretensión de condena al pago de intereses moratorios como consecuencia lógica y jurídica de la oposición a las pretensiones anteriores, toda vez que siendo nulo el contrato de seguro por aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio como consecuencia de la reticencia del asegurado, no existe obligación de pago de intereses moratorios del artículo 1080 del Código de Comercio, pues estos solo proceden ante el incumplimiento de una obligación válida y exigible, calidad que no tienen la obligación derivada del contrato nulo. El aseguramiento del señor Jaime Bravo Muñoz debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de sus seguros.

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 del contrato de seguro por la reticencia del asegurado, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, siendo esta una defensa legítima de sus intereses basada en causales objetivas y probadas mediante los registros médicos de la Junta Regional De Calificación De Invalidez De Nariño, que demuestran las patologías preexistentes no declaradas por el señor Jaime Bravo Muñoz al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

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

- *Nulidad del contrato de seguro:* No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor Jaime Bravo Muñoz fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. 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 su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor Jaime Bravo Muñoz 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 su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

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

En el presente asunto debe tenerse en consideración, que la asegurada, el señor Jaime Bravo Muñoz, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar los perfeccionamientos de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como trastorno mixto de ansiedad y depresión de acuerdo con el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el demandante. Enfermedades 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.

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

> *"Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C. Co), a fin que este sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica,* ***el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado***

de exposición o peligrosidad de su ocurrencia"[1] . (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

> *"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

[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.

Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

> *"En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*
>
> *Pese a lo anterior,* ***en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado****, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo,* ***de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro*** *o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora".* (Subrayado fuera del texto original)

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

> "*Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las "declaraciones de asegurabilidad" de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001,* ***se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo****.*
>
> *Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el*

argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio."[2] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

"Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ***ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya 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

[2] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.
[3] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la "ubérrima buena fe" que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza."[4](Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

*"Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese 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 ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en**

[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.

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Carrera 11ª No. 94A - 23 Oficina 201
+57 3173795688 - 601-7616436

> ***<u>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</u>***.*"* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

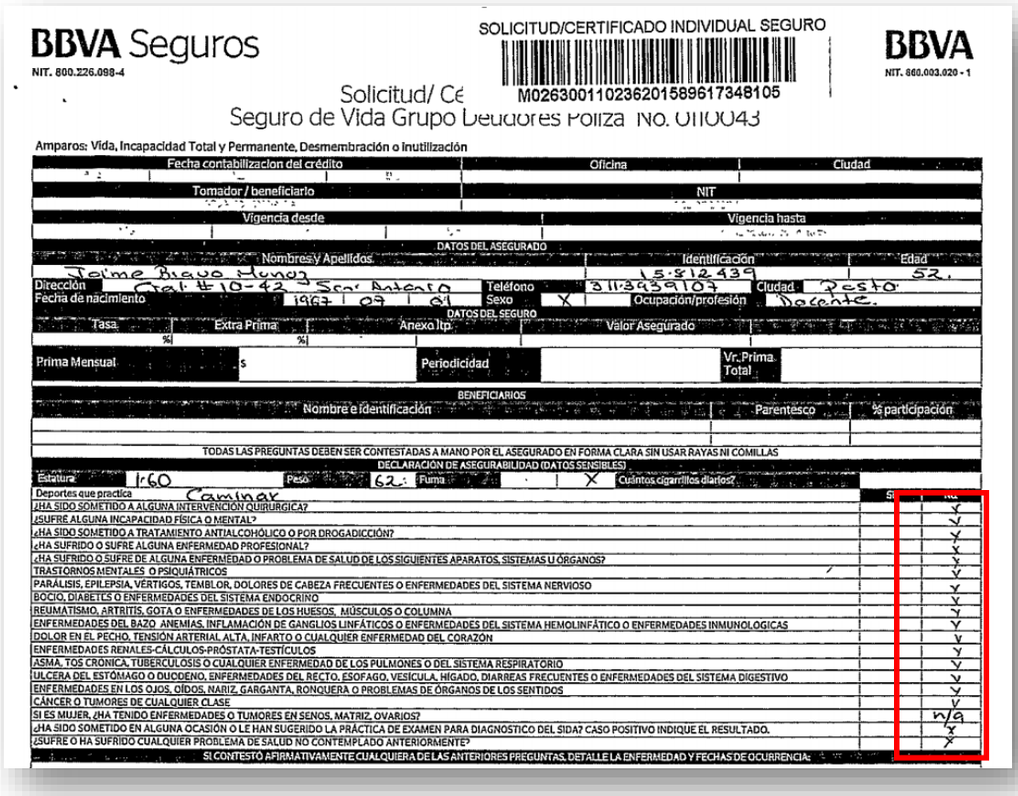
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Jaime Bravo Muñoz 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 Jaime Bravo Muñoz conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad el 17 de julio de 2019:**



BBVA Seguros
NIT. 800.226.098-4

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236201589617348105

BBVA
NIT. 860.003.020 - 1

Solicitud/ Ce
Seguro de Vida Grupo Deudores Poliza No. 0110043

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización

Fecha contabilizacion del crédito	Oficina	Ciudad

Tomador / beneficiario	NIT

Vigencia desde	Vigencia hasta

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos	Identificación	Edad
Jaime Bravo Munoz	15.812.439	52.

Dirección	Cra. #10-42 San Antonio	Teléfono	3113939107	Ciudad	Resto
Fecha de nacimiento	1967 / 09 / 01	Sexo	X	Ocupación/profesión	Docente.

DATOS DEL SEGURO

Tasa	Extra Prima	Anexo Itp	Valor Asegurado
%	%		

Prima Mensual	$	Periodicidad		Vr. Prima Total	

BENEFICIARIOS

Nombre e identificación	Parentesco	% participación

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Estatura	1:60	Peso	62.	Fuma		X	Cuántos cigarrillos diarios?	

Deportes que practica	Caminar	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?			X
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?			X
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?			X
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?			X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?			X
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS			X
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			X
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO			X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA			X
ENFERMEDADES DEL BAZO ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS			X
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN			X
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS			X
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO			X
ULCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESOFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO			X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS			X
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE			X
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?			n/a
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.			X
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?			X

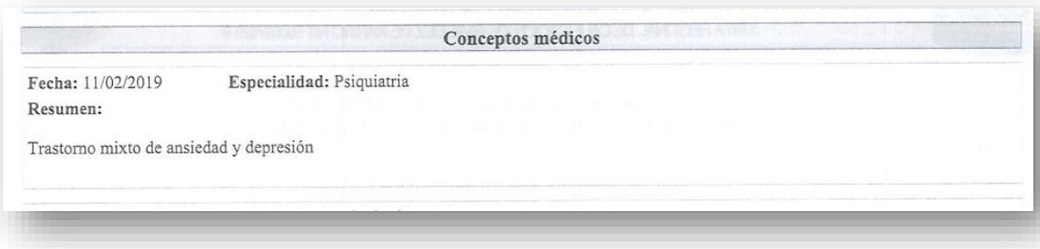
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:

"Documento: *Declaración de asegurabilidad de julio de 2019."*

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso el señor Jaime Bravo Muñoz respondió de forma omisiva y faltando a la verdad a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, obsérvese de la historia clínica de titularidad del demandante los siguientes diagnósticos y antecedentes que respaldaron el análisis de deficiencias anteriormente descrito:

- **TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**



Conceptos médicos

Fecha: 11/02/2019 **Especialidad:** Psiquiatria
Resumen:

Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Documento: *Dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
Transcripción de la parte esencial:
FECHA REGISTRO: ***11/02/2019:*** *Trastorno mixto de ansiedad y depresión.*

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que al menos desde tiempo atrás, el señor Jaime Bravo Muñoz fue diagnosticado con trastorno mixto de ansiedad y depresión y así lo indica la historia clínica en donde se refleja las conclusiones. Es evidente que el señor Jaime Bravo Muñoz fue diagnosticado con trastorno mixto de ansiedad y depresión, de manera previa a la suscripción de su declaración de asegurabilidad, en el mes de julio de 2019. Lo que deja en evidencia la conducta reticente de la demandante conforme con lo establecido en el artículo 1058 del C.Co., y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante patologías y antecedentes que fueron tenidos en cuenta por la Junta Regional de Invalidez de Nariño No. 10202300195 del 19 de abril de 2023.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual ***(i)*** Al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad de fecha 17 de julio de 2019, el señor JAIME BRAVO MUÑOZ ya padecía y conocía de su deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento, 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 JAIME BRAVO MUÑOZ 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 JAIME BRAVO MUÑOZ debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el señor JAIME BRAVO MUÑOZ tenía antecedentes de "*trastorno mixto de ansiedad y depresión de acuerdo con registro clínico del 11 de febrero de 2019."* el asegurado contestó negativamente a las preguntas que indagaban sobre otro tipo de enfermedades no relacionadas en la declaración de asegurabilidad, ***(ii)*** que si bien el señor JAIME BRAVO MUÑOZ padecía de sendas enfermedades, el asegurado negó sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

Esta situación correspondiente a la negativa con la que el señor Jaime Bravo Muñoz declaró el estado del riesgo al contratar los seguros que ahora pretende afectar, indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de sus aseguramientos en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar a una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, el aseguramiento del señor Jaime Bravo Muñoz debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aún, cuando sus patologías y antecedentes le fueron peguntados 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 Junta Regional de Invalidez de Nariño.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Jaime Bravo Muñoz deben declararse nulos, debido a que aquel negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de los seguros como trastorno mixto de ansiedad y depresión, que se demostrará al discurrir del asunto. Más aún, cuando sus patologías y antecedentes le fueron peguntados 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 Jaime Bravo Muñoz 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 especifica 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 Jaime Bravo Muñoz para el momento de la suscripción del contrato 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 ubérrima bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio.
Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de 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 jurídico[5]. 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 fundamentales[6]. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer[7]".* (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***

[5] Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: "aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador."

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

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

> ***estado de salud****, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de se*guro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe."[8] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

> *"De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo* ***1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo*** *1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar»*
>
> *No puede, entonces,* ***endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo»*** *al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*
>
> *Esto por cuanto, se reitera,* ***el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.***
>
> *(...)*
> *Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable,*

[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

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Carrera 11ª No. 94A - 23 Oficina 201
+57 3173795688 - 601-7616436

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***

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

> ***exigencias desproporcionadas en relación con los fines***. *Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador****. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades 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 Sofia Orozco contra el Banco Caja Social, expediente No. 2016-0367, se ha reconocido:

> *"A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que* ***la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran injerencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue****, y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad*

aseguradora las enfermedades que padecía, ***por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas****, esto es, que su estado de salud era bueno, pesé que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.*

Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita ***se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, 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 ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz*** *(...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos,*

negados u ocultados por quien tomó el seguro[10]. (negrilla y subrayas fuera del texto)".

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

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

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 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

[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.

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Carrera 11ª No. 94A - 23 Oficina 201
+57 3173795688 - 601-7616436

> *inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.* ***Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades 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 declaratorios 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 Jaime Bravo Muñoz fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de 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 estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y "toda clase de personas" –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.*
>
> *Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento."*[11] (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

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

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

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

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

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

CAPÍTULO II
MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

1.1. Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Jaime Bravo Muñoz el día 17 de julio de 2019.
1.2. Clausulado general de la póliza de seguro vida deudores.
1.3. Derecho de petición enviado a la Junta Regional de Invalidez de Nariño, a fin de obtener la historia clínica del señor Jaime Bravo Muñoz
1.4. 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 Jaime Bravo Muñoz identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439, su gestión como docente adscrito al ministerio.

1. INTERROGATORIO DE PARTE

1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a el señor **JAIME BRAVO MUÑOZ**, 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 Jaime Bravo Muñoz podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbelo.

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 Jaime Bravo Muñoz. 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 Jaime Bravo Muñoz, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

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 Jaime Bravo Muñoz. 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 Jaime Bravo Muñoz, así como la relevancia o no de las prexistencias 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 JAIME BRAVO MUÑOZ** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa del señor **JAIME BRAVO MUÑOZ** desde el año 2005 al 2024.
- Copia íntegra de los documentos que aporto con los que inicio el trámite para la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral en la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que **JAIME BRAVO MUÑOZ** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la Póliza Vida Grupo Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrado; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado 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 **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **JAIME BRAVO MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439 correspondiente al periodo que va desde el año 2005 al 2024.

- Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por la la Junta Regional de Invalidez de Nariño No. 10202300195 respecto del señor **JAIME BRAVO MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de Calificar en alguna oportunidad al señor JAIME BRAVO MUÑOZ identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439 y por ende quien puede suministrar la documentación solicitada. Lo anterior se puede constatar con el dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **JAIME BRAVO MUÑOZ** 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.

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 cual es la vinculación laboral, si ha sido sujeto a reubicaciones y el estado actual laboral del señor **JAIME BRAVO MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439

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 **JAIME BRAVO MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439

El **FONDO DE PRESTASIONES 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 **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO**, para que con destino a este proceso remita:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **JAIME BRAVO MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439 correspondiente al periodo que va desde el año 2005 al 2024.

- Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por la la Junta Regional de Invalidez de Nariño No. 10202300195 respecto del señor **JAIME BRAVO MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439, 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 JAIME BRAVO MUÑOZ 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 cual es la vinculación laboral, si ha sido sujeto a reubicaciones y el estado actual laboral del señor **JAIME BRAVO MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439

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 **JAIME BRAVO MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15´812.439x

El **FONDO DE PRESTASIONES 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 tarifación 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 del mes de julio de 2019, con antecedentes médicos de trastorno mixto de ansiedad y depresión. 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 entidad oficiada **la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO y el ACCIONANTE** 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.