

Señores

JUZGADO OCTAVO (08°) CIVIL MUNICIPAL DE MANIZALES

cmpal08ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL SUMARIO
RADICADO: 170014003008-2024-00968-00
DEMANDANTES: JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con dirección de notificaciones notificaciones@gha.com.co, actuando en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como se acredita con el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., 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, con dirección de notificaciones en el correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** declarativa de responsabilidad civil contractual promovida por el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, en contra de mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I
CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO “PRIMERO”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, tomó la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000024238 expedido por mi mandante, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, la cual cuenta con las coberturas de Vida e Incapacidad Total y

Permanente. Sin embargo, desde ya el Despacho deberá considerar que dicho seguro no podrá afectarse comoquiera que, para la fecha en la cual el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO solicitó su aseguramiento, esto es el 15 de marzo del 2017, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado las respondió negativamente, aún cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO conocía de sus padecimientos de salud, negó la existencia de todas sus enfermedades, trastornos padecimientos médicos, o problemas de salud como **Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad** las cuales fueron diagnosticadas con anterioridad al mes de marzo del año 2017. Veamos a continuación la citada declaración, en la que se evidencia **las respuestas negativas y falsas del asegurado**, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 15 de marzo de 2017:**

Como se evidencia, una de las preguntas estipuladas en la declaración de asegurabilidad es referente a si el asegurado ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud relacionado con la **tensión arterial alta**. Sin embargo, se evidencia con claridad que el asegurado respondió negativamente:

Documento: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

Transcripción parte esencial: “¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problemas de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?

(...)

Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto, o cualquier enfermedad del

corazón.” (Subrayado y negrilla por fuera de texto original)

Del mismo modo, en la declaración mencionada se indaga si el asegurado sufre o ha sufrido **cualquier problema de salud no contemplado en el listado enunciado**, a lo que el asegurado contestó igualmente que no:

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, PONDROSA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS		
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?		
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO		
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA		

Documento: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

Transcripción parte esencial: “¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?”

Ahora, veamos a continuación la Historia Clínica de la IPS INTERCONSULTAS SURA, en la cual se identificaron antecedentes patológicos de **Hipertensión Arterial (HTA)** desde hace 15 años (2000) en Historia clínica del 26 de junio del 2015, así como antecedentes de **Hiperlipidemia Mixta, y obesidad**, en Historia Clínica del 22 de enero del 2016 que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

- **Historia Clínica de la IPS INTERCONSULTAS SURA que data del 26 de junio del 2015:**

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO	Identificación: CC 10285020	
Ocupación: No disponible	Sexo: Masculino	Edad: 48 Años
Afiliación: COTIZANTE Teléfono (1): 6068852233	Teléfono (2): 3148402198	Plan: POS
Raza: Mestizo	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible
Servicio: CONTROL POR ENFERMERA - HIPERTENSION ARTERIAL -	Orden: 1712-462155800	Tipo Consulta: CONSULTA INICIAL
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1	Fecha: 2018/04/13 16:35	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible		
Acompañante: No disponible		
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: SI		
MC: SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV: Usuario que asiste a control al programa de RIESGO CARDIOVASCULAR asiste solo, con diagnóstico de hta hace 15 años aproximadamente , refiere sentirse bien,		

- Historia Clínica de la IPS INTERCONSULTAS SURA que data del 22 de enero del 2016:

RESUMEN DE LA HISTORIA RIESGO CARDIOVASCULAR 22-01-2016	
Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO	Identificación: CC 10285020 Sexo: Masculino Edad: 46 Años
Ocupación: No disponible	Afiliación: COTIZANTE Teléfono (1): 6068852233 Teléfono (2): 3148402198 Plan: POS
Servicio: CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL-	Orden: 1712-267205800
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1	Fecha: 2016/01/22 16:53

DIAGNÓSTICO: I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA). Confirmado repetido
E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA. Confirmado repetido
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Confirmado repetido

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO tenía pleno conocimiento de sus condiciones de salud preexistentes, y pese a ello respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del seguro. Debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades o problemas de salud que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora. Máxime, cuando de haber sido conocido el precario estado en que se encontraba el riesgo que se le quería trasladar, la Compañía de Seguros definitivamente se habría retraído de celebrar el contrato con el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial (HTA), la Hiperlipidemia Mixta, y la obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

- No es cierto que el valor asegurado para el Amparo de Incapacidad total y permanente corresponda a la suma de TREINTA MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS (\$30.563.589). En los Seguros de Vida Grupo Deudores, el valor asegurado debe corresponder al estado de la deuda al momento de los hechos, es decir, a la fecha de emisión de la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral. En este caso, dicha fecha corresponde al 15 de marzo de 2017.

Por lo tanto, es necesario que el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. indique el monto exacto de la deuda en esa fecha. Esto se debe a que mi representada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., es una entidad jurídica completamente independiente y diferente al banco, por lo que no tiene acceso directo a dicha información.

FRENTE AL HECHO “SEGUNDO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. 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.

No obstante, de las pruebas obrantes en el plenario, se evidencia que en efecto el 30 de noviembre del 2023 se emitió Dictamen de Determinación de Origen y/o Perdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, expedido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS, en donde se le determinó una Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional al señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTRE, en un porcentaje del 67,29%, con fecha de estructuración del 16 de septiembre de 2022. Ahora, desde ya se anuncia que teniendo en cuenta que dicho “Dictamen”, fue aportado como prueba documental, debe otorgársele tratamiento de prueba documental y no pericial, como corresponde a su naturaleza y finalidad probatoria, y por tanto, deberá ser objeto de ratificación en los términos del artículo 262 del Código General del Proceso para otorgarle el valor probatorio pretendido por la parte demandante.

FRENTE AL HECHO “TERCERO”: Es cierto que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO radicó petición ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, solicitando el pago del Amparo de Incapacidad Total y Permanente. No obstante, se deja claridad que dicha petición no tenía procedencia alguna, por cuanto el asegurado incumplió con su obligación de declarar objetiva y verazmente todos los hechos y circunstancias importantes para la determinación del estado de riesgo, por tanto, tuvo que haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio, mismo que establece que *“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de*

celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, **producen la nulidad relativa del seguro.** (...)" (Negrilla y sublinea fuera de texto original).

Del mismo modo, en el condicionado de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000024238 se estipuló que "si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, *se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del Código de Comercio*", es decir, que cualquier omisión o declaración inexacta del asegurado sobre hechos relevantes para el riesgo puede generar la nulidad relativa del seguro.

BBVA Seguros
Creando Oportunidades

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

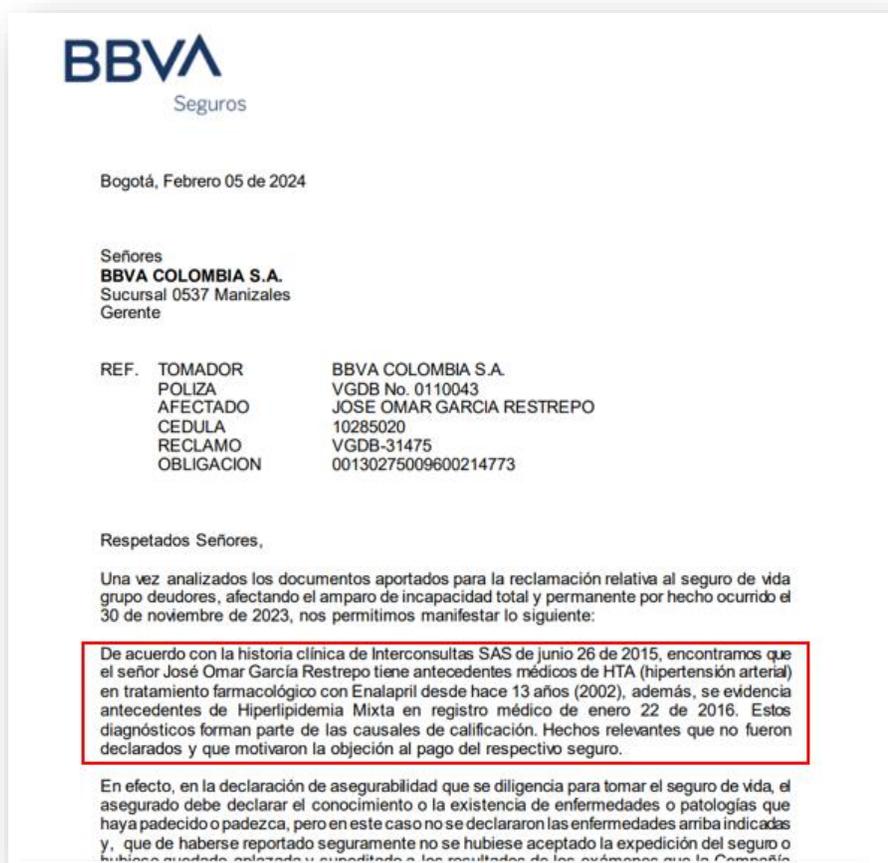
En ese sentido, no procede el reconocimiento del amparo solicitado, dado que lo pactado contractualmente es claro y vinculante para ambas partes, quienes aceptaron las condiciones al suscribir el contrato de seguro. A nivel legal, resulta aún más pertinente la aplicación del artículo 1058, que establece disposiciones de **carácter imperativo**, conforme lo señala el artículo 1162 del Código de Comercio. Esto implica que las estipulaciones contenidas en dicha norma son inmodificables y obligan a las partes sin posibilidad de sustracción. Por lo tanto, no cabe la posibilidad de modificar o eludir lo que la ley impone, y en consecuencia, haber negado el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO los padecimientos de salud que conocía con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, cuales eran relevantes para la determinación del riesgo lleva inevitablemente a la nulidad relativa del seguro, tal como lo establece el artículo mencionado.

FRENTE AL HECHO "CUARTO": De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que, en respuesta a la solicitud de indemnización presentada por el demandante, relacionada con la afectación del Amparo de Incapacidad Total y Permanente de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores, se objetó por parte de la aseguradora negando el pago solicitado. Esta objeción se fundamentó en que, conforme a la Historia Clínica de la IPS INTERCONSULTAS SURA, se identificaron antecedentes patológicos de Hipertensión Arterial (HTA), así como antecedentes de Hiperlipidemia Mixta, con anterioridad al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad. Estos hechos resultan de suma relevancia para determinar el estado del riesgo, y, de haber sido conocidos por la aseguradora, esta no hubiera suscrito el contrato de seguro o, en su defecto, lo hubiera

hecho con una prima significativamente más alta, dado el riesgo incrementado asociado a dichas condiciones de salud.

- No es cierto que la negativa a la indemnización solicitada haya obedecido a una “*presunta indebida información al momento de contratar el seguro y firmar las declaraciones de asegurabilidad del mismo*”, pues tal como se evidencia en la Historia clínica mencionada, se trató de un **ocultamiento de información relevante y claramente conocida por el asegurado**, toda vez que, es evidente que, el demandante como principal conocedor de su estado de salud tenía pleno conocimiento de sus patologías de Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad previo a la diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad realizada el 15 de marzo del 2017, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Siendo éste el verdadero motivo del porque no se atendió favorablemente su solicitud de indemnización, tal como le fue explicado claramente al señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, en la respuesta brindada por mi mandante:



FRENTE AL HECHO “QUINTO”: Conforme se evidencia en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, aportado por la parte demandante, es cierto que los diagnósticos que fueron evaluados en el mismo son: Apnea del sueño, Asma no especificada, Gastritis no especificada, Hemorroides internas con otras complicaciones, Hipertensión esencial y Trastorno mixto de ansiedad y depresión:

Diagnósticos y origen				
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
G473	Apnea del sueño			Enfermedad común
J459	Asma, no especificada			Enfermedad común
K297	Gastritis, no especificada			Enfermedad común
I841	Hemorroides internas con otras complicaciones			Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión			Enfermedad común

Lo anterior, refuerza el hecho de que diagnósticos como la Hipertensión, formaron parte de las causales de Calificación en el respectivo Dictamen. Además, es sabido que la presión arterial alta (Hipertensión) pueden generar otros padecimientos como lo son la Apnea del sueño, y aumenta el riesgo de desarrollar hemorroides, especialmente en personas con problemas circulatorios, diagnósticos que como se evidencia, fueron evaluados y calificados en el Dictamen de PCL emitido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS.

Estos diagnósticos refuerzan el hecho de que condiciones como la Hipertensión Arterial fueron evaluadas y calificadas como causales en el respectivo Dictamen. Además, es importante destacar que **la hipertensión, al ser un factor de riesgo significativo, puede generar o agravar otras afecciones** como la Apnea del Sueño, que afecta negativamente la calidad de vida y el bienestar general, además de ser un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares. Asimismo, la hipertensión aumenta el riesgo de desarrollar hemorroides, especialmente en personas con problemas circulatorios, lo cual también está relacionado con las condiciones médicas documentadas en el Dictamen.

Frente a ello, en el artículo denominado “El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño como Factor de Riesgo para Enfermedades Cardiovasculares y su Asociación con Hipertensión Pulmonar”, los médicos Jaime Eduardo Morales Blanhir¹; Matilde Valencia Flores²; y Oscar Arturo Lozano Cruz³, determinan que a través de estudios clínicos el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) se ha asociado con diversas **alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial** y la hipertensión pulmonar. Esta información resulta relevante, ya que refuerza el hecho de que diagnósticos como la hipertensión, que forman parte de las causales de calificación en el dictamen

¹ Médico especializado en Medicina Interna y Neumología

² Director Médico de la Federación Mexicana de Enfermedades Raras.

³ Médico especializado en Medicina Interna y Neumología. Actualmente, se desempeña como Fellow en el Instituto Nacional de Cardiología de la Ciudad de México.

médico, pueden estar directamente vinculados con otras afecciones que también fueron calificadas, como la Apnea del Sueño. Además, los autores destacan que la alta prevalencia del SAHOS en pacientes con enfermedad cardiovascular se debe a factores de riesgo compartidos, tales como la mayor edad, la vida sedentaria, **el sexo masculino, y en especial la obesidad** (misma que padecía el demandante) lo cual también claramente tuvo influencia en los diagnósticos presentados en el caso del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO.

El conjunto de diagnósticos del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral no solo resalta **la existencia de condiciones preexistentes relevantes que deberían haber sido declaradas**, sino que también subraya cómo estos factores de riesgo interrelacionados, al ser conocidos por la aseguradora, habrían podido modificar la evaluación del riesgo y, de haber sido informados correctamente, probablemente habrían alterado tanto la prima como las condiciones del contrato. Dichos antecedentes, evaluados y calificados por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS, refuerzan la necesidad que había de una declaración veraz y completa para la determinación adecuada del riesgo asegurado.

En todo caso, pasa por alto el extremo actor lo dicho en la **sentencia C232 del 1997**, en la cual la H. Corte Constitucional estableció que 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.

FRENTE AL HECHO “SEXTO”: No es cierto. Lo que se puede destacar de este hecho es la intención de los accionantes de descontextualizar la respuesta brindada por mi representada el día 05 de febrero del 2024 y acomodarla convenientemente a su favor; pues es claro como en ella, si se expone que los antecedentes médicos de Hipertensión Arterial (HTA), e Hiperlipidemia Mixta, de acuerdo con la historia clínica de Interconsultas SAS de junio 26 de 2015 y enero 22 del 2016, forman parte de las causales de calificación.

No obstante, le asiste a la parte actora no desconocer los preceptos normativos que regulan el sector asegurativo, pues es determinante la Corte Suprema de Justicia al manifestar que para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, **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**. Pues aun cuando manifiestan los accionantes que lo anterior atiende a “disposiciones jurisprudenciales vetustas”, nada hacen con la finalidad de arrojar luz al Despacho y a mi procurada respecto a los presuntos nuevos lineamientos de las altas cortes sobre la materia, siendo esto entonces una afirmación huérfana de sustento.

Asimismo, el demandante pierde de vista que la Corte Constitucional, en sentencia C-232 de 1997 fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

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

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

De manera que, independientemente de la causa que originó la pérdida de capacidad laboral (PCL) del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, lo que realmente se encuentra en discusión en el presente caso es la **reticencia con la que el asegurado suscribió la declaración de asegurabilidad**, omitiendo declarar información relevante y veraz sobre su estado de salud al momento de perfeccionar el contrato de seguro. Este comportamiento vició el consentimiento de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., pues la compañía aceptó asumir el riesgo con base en una descripción incompleta y falsa de las condiciones del asegurado, lo que afectó sustancialmente la evaluación del riesgo asegurado.

FRENTE AL HECHO “SÉPTIMO”: 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 embargo, es claro que, la hipertensión arterial (HTA) e hiperlipidemia mixta (enfermedades no declaradas por el señor García Restrepo) afectan indirectamente el sistema respiratorio, principalmente a través de sus impactos en el sistema cardiovascular y su relación con ciertas afecciones respiratorias. La HTA puede agravar condiciones respiratorias preexistentes como la apnea obstructiva del sueño (SAOS), ya que existe una relación bidireccional entre estas condiciones. Respecto a la Hiperlipidemia mixta, se expone que, igualmente, si la misma está asociada con obesidad, como en el presente caso, ésta puede predisponer a trastornos respiratorios como la apnea del sueño (antecedente calificado por medio del Dictamen), que afecta la capacidad respiratoria durante el descanso. Al respecto, el médico *Robert L. Owens*, dispuso mediante el artículo “Apnea del sueño” lo siguiente:

“La apnea del sueño es un trastorno grave en el cual la respiración se interrumpe de forma repetida el tiempo suficiente para perturbar el sueño; dicha interrupción suele provocar un descenso en los niveles de oxígeno y un aumento de los niveles de dióxido de carbono en la sangre”.

En consecuencia, es necesario analizar cómo las condiciones preexistentes del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, tales como la hipertensión arterial, la hiperlipidemia mixta y la obesidad, guardan una relación con el diagnóstico principal trastornos del sistema respiratorio señalados en el dictamen de pérdida de capacidad laboral.

FRENTE AL HECHO “OCTAVO”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que la hipertensión se encuentra catalogada como una enfermedad cardiovascular.
- No es cierto que las alteraciones del sistema cardiovascular hayan obtenido una calificación como deficiencia del 5%, pues se evidencia en el Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional aportado por el mismo demandante, que ello obtuvo una calificación del 11%:

Deficiencias									
Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva	2	2.6	1	2		NA	11,00%		11,00%

FRENTE AL HECHO “NOVENO”: Este hecho es una confesión por apoderado judicial (art 193 del CGP) en la que se confirma que efectivamente el señor GARCÍA RESTREPO padecía de hipertensión desde el año 2002, quince (15) años antes de suscribir la declaración de asegurabilidad. Adicionalmente, padecer de una enfermedad por más de quince (15) años no puede ser considerado un hecho aislado que pueda ser fácilmente olvidado, máxime porque infiere directamente en el funcionamiento de todos sus sistemas e incrementa la posibilidad de padecer de otras enfermedades.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO”: No es cierto, máxime cuando se evidencia que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido.

TOODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR ABREVIAÇÕES LAS SIGLAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SON LAS SIGUIENTES:

Esfera	Si	No
¿HA SIDO SUJETO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		X
¿HA SIDO SUJETO A ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		X
¿HA SIDO SUJETO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DRUGADICCIÓN?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O FICCIÓN FÍSICA DE SALUD DE LOS MIEMBROS APARATOS, SISTEMAS O ORGANOS?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL O PSICIÁTRICA?		X
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TRÉMULO, DOLOR DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		X
DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		X
REUMATISMO, ARTRITIS, GUTA O ENFERMEDADES DE LOS MUSCLOS, MUSCULOS O COLUMNA		X
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GLÁNDULAS LINFÁTICAS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		X
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		X
ENFERMEDADES RENALES CÁLCULOS-PRÓSTATA TESTÍCULOS		X
ASMA, TOXICOMANÍA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		X
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL PECHO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIABETES FRECUENTE O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA, LABIOS O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS		X
¿HA SIDO SUJETO A ALGUNA ENFERMEDAD O FICCIÓN FÍSICA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		X

SE CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHA DE OCURRENCIA.

Adicionalmente, téngase en cuenta que el demandante, al diligenciar el formulario de asegurabilidad, **marcó de forma negativa la pregunta relacionada con hipertensión arterial**, indicando que NO padecía dicha condición. Además, firmó en dos oportunidades, corroborando que

el contenido del documento es real. Máxime cuando una de estas firmas corresponde a la constancia de haber recibido la información relativa al producto de manera clara y completa, confirmando que le fueron explicados todos los aspectos relevantes del contrato, como las implicaciones de la declaración de su estado de salud.

El contenido de la información declarada en el presente seguro, cuando se devota a cargo del asegurado o a favor del beneficiario anteriormente designado se supone verídico y/o confirmado por cumplir con los deberes de buena fe sustituta por el cargo del seguro. LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY LA PRESENTE DEBE PAGARLE EL CAPITAL O EN SU CASO DE FALTA DE CAPITAL.

Cuenta de Ahorros, Tarjeta de Crédito o Extracto de Cuentas No. _____ o el nombre de otro depósito de dinero que tenga en dicho banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICO QUE RECIBI LA INFORMACION RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIE LIBREMENTE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUJETO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACION DEL PRESENTE SEGURO

Conten constando se aprueba y firma en la ciudad de Medellín el 15 de 03 de 17

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 900.026.388-4

Compañía de Seguros de Vida BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 18 No. 10-80, Teléfono: (57) 41 231 100
Línea de Atención al Cliente: Línea Gratuita (01) 800 04 48 y en Bogotá (57) 41 231 100
Dirección de Comercialización: Carrera 7 No. 22-21, Piso 2 de Seguros D.C., Teléfono: 4638888, e-mail: www.bbva-seguros@bbva.com.co

Además, no aporta prueba alguna que respalde su afirmación, a pesar de que el artículo 167 del Código General del Proceso establece que "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen".

FRENTE AL HECHO “UNDÉCIMO”: No es cierto, toda vez que, con base en el principio de la ubérrima buena fe que rige el contrato de seguro, mi representada confió plenamente en lo declarado por el asegurado en el momento de diligenciar el cuestionario de asegurabilidad. Este principio implica que las partes involucradas en un contrato de seguro deben actuar con un nivel de honestidad superior al de otros contratos, pues la relación entre las partes se sustenta en una confianza mutua y en la veracidad de la información suministrada.

Este principio, impone al asegurado la carga de declarar con veracidad y objetividad los hechos o circunstancias relevantes que determinan el estado del riesgo, tal como lo dispone el artículo 1058 del Código de Comercio. En este contexto, el asegurador no tenía más alternativa que presumir la buena fe del asegurado, tal como lo establece el artículo 835 del Código de Comercio: “*Se presumirá la buena fe, aún la exenta de culpa (...)*”, y por lo tanto, no estaba obligada a realizar investigaciones adicionales sobre la veracidad de la información proporcionada por él.

Por otro lado, la historia clínica es un documento de naturaleza confidencial y estrictamente personal, cuyo acceso está restringido a menos que exista autorización expresa del titular o que sea requerida mediante un procedimiento legalmente establecido. En este sentido, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no tenía acceso a dicha información al momento de la celebración del contrato, y, más importante aún, como ya se indicó, no estaba obligada a solicitarla ni a revisarla como parte del proceso de asegurabilidad.

La normativa y jurisprudencia aplicable no exige a las aseguradoras realizar investigaciones adicionales para verificar la información declarada por el tomador, precisamente porque el sistema de aseguramiento se basa en la buena fe de las partes. Al respecto, la H. Corte Constitucional mediante sentencia T-660 del 30 de octubre de 2017, dispuso:

*“(...) si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo **a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica**, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia, uno de cuyos efectos es el de generar la nulidad relativa del contrato de seguro (...)”*

Queda claro que la aseguradora está legitimada para evaluar el riesgo con base en la declaración de asegurabilidad suministrada por el tomador, sin que le sea exigible realizar investigaciones adicionales como la revisión de la historia clínica del asegurado. Exigir a la aseguradora que revise la historia clínica en cada caso no solo iría en contra del principio de Ubérrima buena fe, sino que también desvirtuaría la naturaleza del contrato de seguro, generando una carga desproporcionada e inadecuada para las compañías de seguros.

FRENTE AL HECHO “DUODÉCIMO”: No es cierto. Tal como se indicó en el numeral anterior, conforme al principio de ubérrima buena fe que rige los contratos de seguro, mi representada confió plenamente en lo declarado por el asegurado en el momento de diligenciar el cuestionario de asegurabilidad, y por tal, no tenía conocimiento de las patologías omitidas. Este principio implica que las partes involucradas en un contrato de seguro deben actuar con un nivel de honestidad superior al de otros contratos, pues la relación entre las partes se sustenta en una confianza mutua y en la veracidad de la información suministrada.

La normativa y jurisprudencia aplicable no exige a las aseguradoras revisar historias clínicas o realizar investigaciones adicionales para verificar la información declarada por el tomador, precisamente porque el sistema de aseguramiento se basa en la buena fe de las partes. Al respecto, la H. Corte Constitucional mediante sentencia T-660 del 30 de octubre de 2017, dispuso:

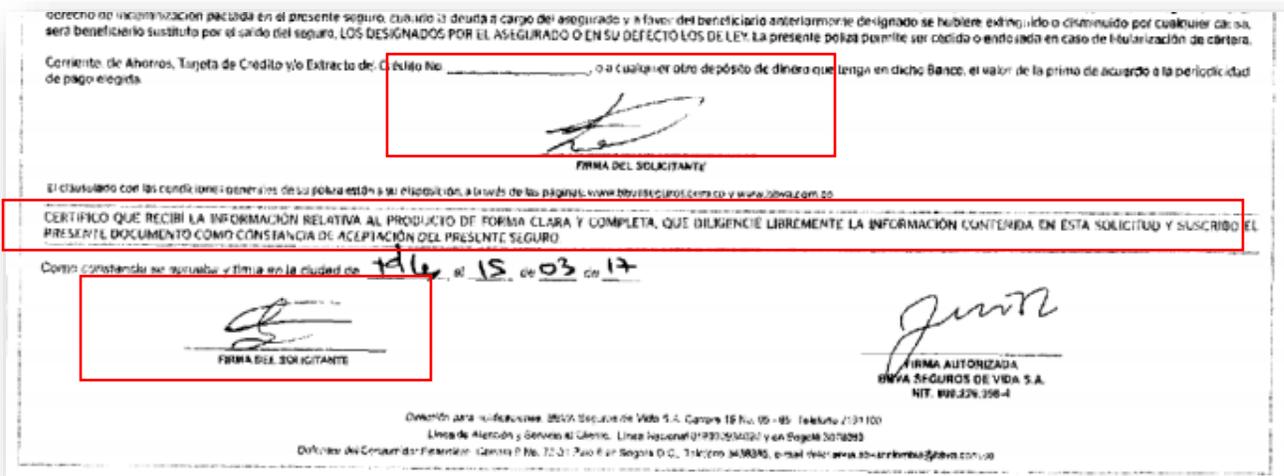
*“(...) si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo **a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica**, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia, uno de cuyos efectos es el de generar la nulidad relativa del*

contrato de seguro (...)"

No es obligación de la aseguradora investigar o validar los antecedentes médicos más allá de lo declarado por el tomador, máxime cuando se trata de un contrato celebrado en masas, lo que generaría una carga desproporcionada para la aseguradora y desvirtuaría la naturaleza misma del contrato de seguro, que se fundamenta en la confianza y la transparencia en la relación entre las partes.

Por tanto, la aseguradora no estaba obligada a realizar modificaciones al contrato en razón de un **conocimiento posterior de hechos que debieron ser informados en el momento de la suscripción**. La falta de requerimientos al respecto no constituye aceptación tácita, dado que **el contrato ya se encontraba suscrito con base en la información proporcionada por el asegurado**, quien omitió su deber de informar, lo que afecta la validez del contrato conforme a la norma citada. Además, **el contrato de seguro se fundamenta en la confianza legítima** que el asegurador deposita en la declaración realizada por el asegurado. Pretender que el asegurador asuma como válido un riesgo no informado y, por ende, no evaluado adecuadamente, implicaría distorsionar la naturaleza del contrato y generar un desequilibrio jurídico que afectaría la transparencia en la relación contractual.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO TERCERO”: No es cierto que BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. no haya explicado el significado de las patologías expresadas en las condiciones de asegurabilidad ni sus consecuencias. Esto queda plenamente desvirtuado si se observa que el asegurado dispuso su firma dos (2) veces en la declaración de asegurabilidad; y una de estas firmas corresponde a la constancia de haber recibido la información relativa al producto de manera clara y completa, confirmando que le fueron explicados todos los aspectos relevantes del contrato, como las implicaciones de la declaración de su estado de salud.



FRENTE AL HECHO “DÉCIMO CUARTO”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No es cierto que mi representada tuviese conocimiento “de la hipertensión que padecía mi mandante desde la fecha de suscripción del contrato de seguro”, toda vez que, con base en el principio de la ubérrima buena fe que rige el contrato de seguro, mi representada confió plenamente en lo declarado por el asegurado en el momento de diligenciar el cuestionario de asegurabilidad. Este principio, además, impone al asegurado la carga de declarar con veracidad y objetividad los hechos o circunstancias relevantes que determinan el estado del riesgo, tal como lo dispone el artículo 1058 del Código de Comercio.
- Las aseguradoras, incluida mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, no tienen en lo absoluto la obligación de solicitar “la práctica de exámenes médicos”, en el proceso de suscripción del contrato de seguro, toda vez que con ello se estaría desconociendo el principio de ubérrima buena fe que exige a las partes involucradas en un contrato de seguro actuar con un nivel de honestidad superior al de otros contratos, pues la relación entre las partes se sustenta en una confianza mutua y en la veracidad de la información suministrada. Al respecto, la H. Corte constitucional ha dispuesto mediante Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016:

*“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”**.*
(Negrilla y sublinea fuera de texto original).

En conclusión, tal como lo establece la H. Corte Constitucional, la exigencia de exámenes médicos podría desvirtuar la obligación fundamental de declarar sinceramente el estado del riesgo, **lo que rompería la relación de confianza que debe regir en los contratos de seguro**. Al desconocer este principio de Ubérrima buena fe, se generaría un ambiente de desconfianza entre las partes y se comprometería la seguridad jurídica de las relaciones contractuales. Por lo tanto, no corresponde que se exija a la aseguradora la realización de exámenes médicos innecesarios, ya que ello iría en contra de los principios que deben orientar los contratos de seguro y **contravendría la normativa aplicable que presume la veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en el momento de la suscripción del contrato**.

Motivo por el cual, ni la normativa, ni la jurisprudencia aplicable exige a las aseguradoras realizar investigaciones adicionales para verificar la información declarada por el tomador,

Al respecto, la H. Corte Constitucional mediante sentencia T-660 del 30 de octubre de 2017, dispuso:

*“(…) si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo **a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica**, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia, uno de cuyos efectos es el de generar la nulidad relativa del contrato de seguro (…)”*

Queda entonces claro que la aseguradora está legitimada para evaluar el riesgo con base en la declaración de asegurabilidad suministrada por el tomador, sin que le sea exigible realizar investigaciones adicionales como la toma de exámenes médicos. Exigirlos no solo iría en contra del principio de Ubérrima buena fe, sino que también desvirtuaría la naturaleza del contrato de seguro, generando una carga desproporcionada e inadecuada para las compañías de seguros.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMOQUINTO”: No es cierto, máxime cuando para la fecha en la cual solicitó su aseguramiento, el 15 de marzo de 2017, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad) relacionado con su estado de salud. Las preguntas contenidas en dicho cuestionario fueron redactadas de manera clara y comprensible, de tal forma que cualquier persona podría entenderlas sin dificultad. No obstante, a pesar de la claridad de las preguntas, el asegurado **optó por responder negativamente**, sabiendo plenamente que estas respuestas eran incorrectas, lo cual constituye una clara omisión de la verdad en su declaración. Tal comportamiento incumple las obligaciones derivadas del principio de buena fe que debe regir en los contratos de seguro.

Conforme a la Historia Clínica de la IPS INTERCONSULTAS SURA del 26 de junio del 2015, se identificaron antecedentes patológicos de Hipertensión Arterial (HTA) desde hace 15 años (2000), así como en HC del 22 de enero del 2016 se evidencian antecedentes de Hiperlipidemia Mixta y obesidad. En ese sentido, se evidencia que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO tenía pleno conocimiento de sus antecedentes médicos de Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad para el momento de diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, pues dichas enfermedades diagnosticadas con anterioridad al mes de marzo del año 2017, no obstante, omitió informarlas.

- **Historia Clínica de la IPS INTERCONSULTAS SURA que data del 26 de junio del 2015:**

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO	Identificación: CC 10285020	
Ocupación: No disponible	Sexo: Masculino	Edad: 48 Años
Afiliación: COTIZANTE Teléfono (1): 6068852233	Teléfono (2): 3148402198	Plan: POS
Raza: Mestizo	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible
Servicio: CONTROL POR ENFERMERA - HIPERTENSION ARTERIAL-	Orden: 1712-462155800	Tipo Consulta: CONSULTA INICIAL
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1	Fecha: 2018/04/13 16:35	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible		
Acompañante: No disponible		
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: SI		
MC: SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV: Usuario que asiste a control al programa de RIESGO CARDIOVASCULAR asiste solo, con diagnóstico de hta hace 15 años aproximadamente , refiere sentirse bien,		

- Historia Clínica de la IPS INTERCONSULTAS SURA que data del 22 de enero del 2016:

RESUMEN DE LA HISTORIA RIESGO CARDIOVASCULAR 22-01-2016	
Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO	Identificación: CC 10285020 Sexo: Masculino Edad: 46 Años
Ocupación: No disponible Afiliación: COTIZANTE	Teléfono (1): 6068852233 Teléfono (2): 3148402198 Plan: POS
Servicio: CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL-	Orden: 1712-267205800
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1	Fecha: 2016/01/22 16:53
DIAGNÓSTICO: I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA). Confirmado repetido	
E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA. Confirmado repetido	
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Confirmado repetido	

- Declaración de asegurabilidad que data del 15 de marzo de 2017:

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

ESTADO: **1.56** Peso: **100** Cuantos cigaretillos diarios? **0**

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? **No**

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?

TRANSTORNOS MENTALES: O PSIQUIÁTRICOS

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

TUBOS, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

ENFERMEDADES RENALES CÁLCULOS PRÓSTATA TESTÍCULOS

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUDADO ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, GLOS, NAZIZ, GARGANTA, PUNZERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SÉNOS, MATRIZ, OVARIOS?

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.

¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen

una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del seguro. Debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocido el precario estado en que se encontraba el riesgo que se le quería trasladar, la Compañía de Seguros definitivamente se habría retraído de celebrar el contrato con el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

FRENTE AL HECHO “DECIMOSEXTO”: Es cierto, conforme se evidencia en la Constancia de no acuerdo del 22 de octubre de 2024, ante el Centro de Conciliación Civil y Comercial de la Procuraduría delegada para Asuntos Civiles, aportada.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO a la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento objeto de asunto en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia en la que incurrió en el momento de solicitar su inclusión en dicho aseguramiento.

III. OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente viable la afectación del Amparo de Incapacidad Total y Permanente, ni exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: Es claro que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO 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 siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

- Principio de la ubérrima buena fe: En línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo. Pese a ello, en el caso concreto no se puede presumir que el actuar del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO haya estado revestido de buena fe, habida cuenta que, aun conociendo sus padecimientos, decidió no ponerlos en conocimiento de la aseguradora, aun cuando en la declaración de asegurabilidad declaro conocer las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en la información allí plasmada.

- Inexistencia de la obligación de exigir exámenes médicos: Aun cuando los accionantes pretenden endilgar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, es menester recordar que 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”.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente viable la afectación del Amparo de Incapacidad Total y Permanente, ni exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: Es claro que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO 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 siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

- Además, me opongo al reconocimiento de \$30.563.589, toda vez que el saldo insoluto de la

deuda al momento del siniestro (emisión del dictamen) deberá ser certificado por BANCO BBVA COLOMBIA S.A. Esto se debe a que mi representada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., es una entidad jurídica completamente independiente y diferente al banco, por lo que no tiene acceso directo a dicha información.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión, debido a que NO EXISTE OBLIGACIÓN INSOLUTA PENDIENTE DE PAGO a cargo de mi representada y, además, el aseguramiento en que ostenta la calidad de asegurado el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia en la que incurrió en el momento de solicitar su inclusión en dicho aseguramiento. En todo caso, al corresponder a una pretensión consecuencial a las anteriores pretensiones y como quiera que no tengan vocación de prosperidad por resultar improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Además, es claro que frente al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades que estos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo⁴”.

Lo anterior, deja claro que la pretensión del Demandante en este caso no tiene vocación de prosperidad, puesto que los intereses moratorios podrían empezar a causarse solo hasta que el fallo judicial brinde certeza sobre la obligación. Toda vez que antes de proferirse el fallo, no existe certeza sobre la obligación de indemnizar por la evidente acreditación de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO a la condena solicitada al pago de costas y agencias de derecho, por sustracción de materia, no encontrándose soportada la responsabilidad que se predica. Por consiguiente, además de negar las pretensiones del libelo, ruego imponer la correspondiente condena en costas y agencias en derecho a la parte actora.

⁴ Ibídem.

IV. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el juramento estimatorio de la demanda en los siguientes términos:

En cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, objeto su cuantía en atención a que, en primer lugar, no puede obviarse que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es en la fecha 15 de marzo del 2017. 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 siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y la obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Así pues, en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias de mayor o menor relevancia que determinan el riesgo moral o subjetivo y el riesgo objetivo, las cuales están llamadas, según el caso, a influir sobre el juicio del asegurador de tal manera que en la medida en que sean relevantes y se omitan, o las mismas no correspondieran a la realidad, el contrato estará sujeto a la sanción legal que establece el precitado artículo 1058, y por ende, la compañía de seguros podrá aducirla como causal exonerativa de su responsabilidad de cumplir con la prestación contenida en el respectivo negocio jurídico, una vez perfeccionada la correspondiente reclamación.

Finalmente, sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada y únicamente en el remoto e hipotético evento en el Despacho considere que sí se debe hacer efectiva la póliza materia de litigio, de todos modos, deberá tomar en consideración que el único beneficiario a título oneroso del contrato de seguro es BANCO BBVA COLOMBIA S.A. En consecuencia, no es jurídicamente viable declarar que la Compañía de Seguros debe pagarle rubro alguno a la parte demandante, pues se reitera, el único beneficiario a título oneroso del Seguro de Vida Grupo Deudores es la entidad financiera BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

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

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, fue reticente, debido a que, en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es el 15 de marzo del 2017, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados de Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta y obesidad que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en este.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**⁵. (Subrayado y negrilla por fuera de texto original)*

⁵ 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.

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. La Corte Constitucional, en Sentencia T - 437 de 2014, ha sido clara al expresar que **(i)** la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y **(ii)** que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (Sentencia T - 196 de 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 por fuera de texto)*

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”⁶ -(Subrayado por fuera de texto)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

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.”⁷*
(Subrayado por fuera de texto)

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 Código de Comercio, analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

*En ese contexto, **no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.***

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo

⁷ 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.

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.⁸ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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 Código de Comercio. La Sentencia C - 232 de 1997 expresa lo siguiente:

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

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie

⁸ 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.

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 buena fe, 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 el día 15 de marzo del 2017, fecha en la cual el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en la cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO las respondió negativamente, **aún cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad**. Es decir, a pesar de que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO conocía de sus padecimientos de salud, negó la existencia de todas sus enfermedades, trastornos padecimientos médicos, o problemas de salud como Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad las cuales fueron diagnosticadas con anterioridad al mes de marzo del año 2017. Veamos a continuación la citada declaración, en la que se evidencia **las respuestas negativas y falsas del asegurado**, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- Declaración de asegurabilidad que data del 15 de marzo de 2017:

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

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

PREGUNTA	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?		
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?		
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TREMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA		
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		
ENFERMEDADES RENALES, CÁLCULOS-PRÓSTATA, TESTÍCULOS		
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RINÓFARINGA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?		
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O FUE SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.		
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		

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

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el asegurado ha 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 los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO es de gran importancia precisar cuáles son las enfermedades que padece y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO no informó a mi representada que padecía de una Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado que la Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad son anteriores al mes de marzo del 2017.

- HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA):

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO	Identificación: CC 10285020	
Ocupación: No disponible	Sexo: Masculino	Edad: 48 Años
Afiliación: COTIZANTE Teléfono (1): 6068852233	Teléfono (2): 3148402198	Plan:: POS
Raza: Mestizo	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible
Servicio: CONTROL POR ENFERMERA - HIPERTENSION ARTERIAL-	Orden: 1712-462155800	Tipo Consulta: CONSULTA INICIAL
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1	Fecha: 2018/04/13 16:35	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible		
Acompañante: No disponible		
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: SI		
MC: SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV: Usuario que asiste a control al programa de RIESGO CARDIOVASCULAR asiste solo, con diagnóstico de <u>hta hace 15 años aproximadamente</u> , refiere sentirse bien,		

Documento: Registro de Historia Clínica – 26/06/2015

Transcripción parte esencial: “MC: SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV: Usuario que asiste a control al programa de **RIESGO CARDIOVASCULAR** asiste solo, con **diagnóstico de hta hace 15 años aproximadamente** (...)” (Subrayado y negrilla por fuera de texto).

A partir de estos documentos se demuestra fehacientemente que el día 26 de junio del 2015, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO se encontraba en control al programa de Riesgo Cardiovascular, toda vez que se encontraba diagnosticado con Hipertensión Arterial (HTA) con 15 años de anterioridad, esto es, desde el año 2.000. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de la Hipertensión Arterial (HTA) no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, en donde se observa claramente registro de Hipertensión Arterial (HTA), lo que indiscutiblemente significa, que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO sufrió de esta patología por varios años, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que el asegurado fue diagnosticado con esta enfermedad desde el año 2.000 y que aun en el año 2017 (Año en que fue suscrita la Declaración de Asegurabilidad) el diagnóstico persistía incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO Identificación: CC 10285020 Sexo: Masculino Edad: 47 Años
Ocupación: No disponible Afiliación: COTIZANTE Teléfono (1): 6068852233 Teléfono
(2): 3148402198 Plan: POS

Servicio: CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL- Orden: 1712-373981100
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 Fecha: 2017/05/19 16:35

MOTIVOS DE CONTROL:

Motivo de consulta: Hipertensión Arterial Dx: Mayor de 5 años Medicamento: Mayor de 5 años Estilo de vida: Mayor de 5 años

Motivo de control CCV: CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL-

Enfermedad Actual: HOMBRE 46 AÑOS, ESTIVADOR, VIVE CON ESPOSA DX : HTA CRONICA DISLIPIDEMIA , EN MANEJO CON ENALAPRIL 20 MG X 2 ATORVASATTINA 40 MG X 1 REFIERE MEJOR ADHERENCIA AL TTO FARMACOLOGICO . REFEI QUE SIGUE LAS RECOMENDACIONES NUTRCIONALES. NO FUMA , NO TOMA LICOR , SEDENTARIO. REFIERE ULTIMA CITA DE NUTRICION 30 JULIO 2016. (CONM HISTORIA CLINICA) ULTIMA CITA DE OFTALMOLOGIA JULIO 2016 (NO TRAE HISTORIA CLINICA) . ULTIMA CITA DE ODONTOLOGIA JUNIO 2016. **AP PAT HTA. DISLIPIDEMIA. TX LESION DE LIGAMENTO CRUZADO Y MENISCOS RODILLA IZQUIERDA . ACCIENTE DE TRANAJAJO EN 2014. QX RODILLA IZQUIERDA 2014. APENDICEPTOIMIA. ALERGIAS NO . AF: ABUELO HTA AIM TIOS IAM . **PARACLINICOS : 5 MAYO 2017: GLCIEMIA 95 TSH 3, 1 6 T4 LIBRE 0 . 88 HTO 46 PO NORMAL MICROLABUMINURIA 7,2 HDL 46 COLT 197 TRGLI 247 CRESTININA 1,04 3 DIC 2016 : MICROLABUMINURIA 4.1 CREATININA 0.98 TSH 5 .86 T4 LIBRE 1 . 03 30 ABRIL 2016 : TSH : 6. 40 HDL 42 COLT 202 TRG 215 CREATININA 0.97 7 ENERO 2016: HDL 51 COLESTEROL 271 TRG 317 , GLCIEMIA 91 CREAT 1,2 P DEO . ** EKG: 5 MAYO 2017: RITMO SINUSAL FC 64 X MIN SIN EVENTO AGUDO CORONARIO . SIN ARRITMIAS. ** REFIERE ACCIDENTE DE TRABAJO TIPO SOAT EL 5 ENERO 2017 . FX ORBITA IZQUIERDA , MALAR IZQUIERDO , COSTLLAS IZQUIERDA Y RADIO Y CUBITO IZQUIERDO. EN CONTROLES CON MEDICO DE ARL POSITIVA. REFEI QUE SE HA SENTIDO BIEN NIEGA CEFALEA, NIEGA VERTIGO , NIEGA DOLOR PRECORIAL NIEGA DISNEA , NIEGA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES.

Documento: Registro de Historia Clínica – 19/05/2017

Transcripción parte esencial: “Motivo de control CCV: CONTROL POR MEDICO
– HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

El Despacho deberá advertir entonces, que la historia clínica de la paciente contiene anotaciones que indican que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO sufría de una Hipertensión Arterial (HTA), a la cual se le realizaba seguimiento continuo lo que permite inferir que no es un evento aislado o un acontecimiento de fácil olvido. Tanto así, que se encuentran notas clínicas que demuestran que al señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO se le diagnosticó dicha enfermedad en el año 2.000 y que sus controles se extendieron en el tiempo. Además, que tomaba medicamentos que fueron ordenados para el tratamiento de la HTA como “Enalapril” 20 mg. 1 TAB **cada 12 horas** y “Atorvastatina” 40 mg **cada noche**, confirmando que esta no era una enfermedad de difícil recordación para el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, pues es claro que el tratamiento y seguimiento continuo por esta patología.

Ahora bien, respecto de la relevancia de la Hipertensión Arterial, encontramos que el padecimiento resulta de particular importancia para el estado de salud de una persona que la padece. Se debe aclarar que la literatura médica que ha desarrollado ampliamente el concepto y definición de este tipo de padecimiento, así como las posibles consecuencias de una persona que la padece, resaltando los siguientes aspectos:

“La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno de carácter multicausal, lo cual

determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial”⁹

“La HTA se define como una PAS \geq 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) \geq 90 mmHg medidas en consulta”¹⁰

No obstante, Como se evidencia, una de las preguntas estipuladas en la declaración de asegurabilidad es referente a si el asegurado ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud relacionado con la **tensión arterial alta**. Sin embargo, se evidencia con claridad que el asegurado respondió negativamente:

DOLOR EN EL PECHO, **TENSION ARTERIAL ALTA**, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?

Documento: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

Transcripción parte esencial: “¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problemas de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?
(...)

Dolor en el pecho, **tensión arterial alta**, infarto, o cualquier enfermedad del corazón.” (Subrayado y negrilla por fuera de texto original)

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Hipertensión Arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo que padeció la paciente desde antes del año 2017, no obstante, decidió negarla en el diligenciamiento del cuestionario de la respectiva Declaración. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **HIPERLIPIDEMIA MIXTA:**

⁹ Osana Molerio Pérez, Manuel Antonio Arce González, Idania Otero Ramos, Zaida Nieves Achón. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Volumen 43. Numero 1. Ciudad de la Habana. Enero – Abril 2005. <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/723/719>

¹⁰ 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. – Grupo de Trabajo de Colegio Americano de Cardiología (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA). https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000923?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

RESUMEN DE LA HISTORIA RIESGO CARDIOVASCULAR 22-01-2016

Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO Identificación: CC 10285020 Sexo: Masculino Edad: 46 Años
Ocupación: No disponible Afiliación: COTIZANTE Teléfono (1): 6068852233 Teléfono
(2): 3148402198 Plan: POS
Servicio: CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL- Orden: 1712-267205800
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 Fecha: 2016/01/22 16:53

DIAGNÓSTICO: I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA). Confirmado repetido
E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA. Confirmado repetido
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Confirmado repetido

I50201597F170519110283033

Profesional: BEATRIZ HELENA GOMEZ ARISTIZABAL Identificación: CC 30331597 Registro: 15361

Documento: Registro de Historia Clínica – 22/01/2016

Transcripción parte esencial: “DIAGNOSTICO: E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA”

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el 22 de enero del 2016, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO fue diagnosticado con Obesidad. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Hiperlipidemia Mixta no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, lo que indiscutiblemente significa, que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO sufrió de esta patología por varios años, y, aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que este fue diagnosticado con esta enfermedad el 22 de enero del 2016 y que el diagnostico persistió incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO Identificación: CC 10285020 Sexo: Masculino Edad: 47 Años
Ocupación: No disponible Afiliación: COTIZANTE Teléfono (1): 6068852233 Teléfono
(2): 3148402198 Plan: POS

Servicio: CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL- Orden: 1712-373981100
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 Fecha: 2017/05/19 16:35

DIAGNÓSTICO: I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA). Confirmado repetido
E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA. Confirmado repetido
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Confirmado repetido

Documento: Registro de Historia Clínica – 19/05/2017

Transcripción parte esencial: “DIAGNOSTICO: E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA”

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico Hiperlipidemia Mixta se registra en la historia clínica desde el 22 de enero del 2016 con una evolución, de modo que es evidente que esta es una enfermedad prolongada en el tiempo pues el asegurado la padeció con anterioridad a la solicitud de aseguramiento de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000024238. No obstante, aun cuando en la declaración mencionada se indagó si el asegurado sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado en el listado enunciado, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO contestó negativamente:

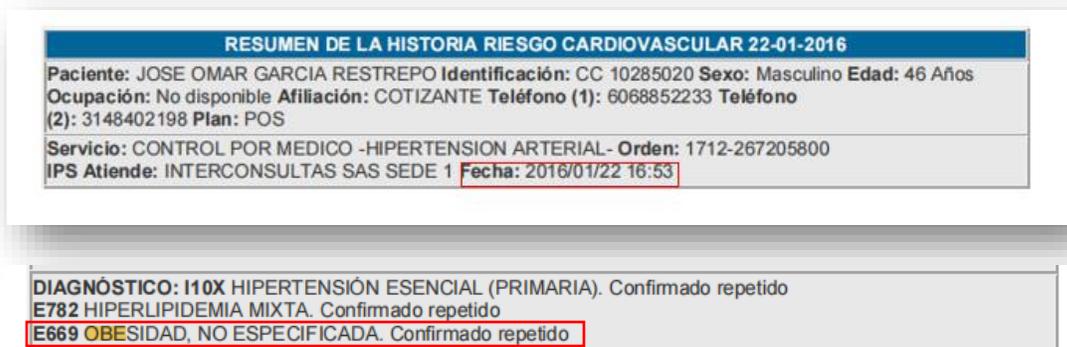


Documento: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

Transcripción parte esencial: “¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?”

En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **OBESIDAD**



Documento: Registro de Historia Clínica – 22/01/2016

Transcripción parte esencial: “DIAGNOSTICO: E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA”

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el 22 de enero del 2016, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO fue diagnosticado con Obesidad. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Obesidad no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, lo que indiscutiblemente significa, que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO sufrió de esta patología por varios años, y, aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que este fue diagnosticado con esta enfermedad el 22 de enero del 2016 y que el diagnóstico persistió incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

Paciente: JOSE OMAR GARCIA RESTREPO Identificación: CC 10285020 Sexo: Masculino Edad: 47 Años Ocupación: No disponible Afiliación: COTIZANTE Teléfono (1): 6068852233 Teléfono (2): 3148402198 Plan: POS
Servicio: CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL- Orden: 1712-373981100 IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 Fecha: 2017/05/19 16:35
DIAGNÓSTICO: I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA). Confirmado repetido E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA. Confirmado repetido E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Confirmado repetido

Documento: Registro de Historia Clínica – 19/05/2017

Transcripción parte esencial: “DIAGNOSTICO: E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA”

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico Obesidad se registra en la historia clínica desde el 22 de enero del 2016 con una evolución, de modo que es evidente que esta es una enfermedad prolongada en el tiempo pues el asegurado la padeció con anterioridad a la solicitud de aseguramiento de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000024238. No obstante, aun cuando en la declaración mencionada se indagó si el asegurado sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado en el listado enunciado, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO contestó negativamente:

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS	<input type="checkbox"/>
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE	<input type="checkbox"/>
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN UTERO, MAMAS, OVARIOS?	<input type="checkbox"/>
¿HA SIDO NOMBRADO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROMA POSITIVO INDICAR EL RESULTADO	<input type="checkbox"/>
¿SUFRIR O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?	<input checked="" type="checkbox"/>
SI CONTINÚO AFIRMATIVAMENTE CONCORDARÉ EN LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DE FALLA LA ENFERMEDAD Y FECHA DE OCURRENCIA.	

Documento: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

Transcripción parte esencial: “¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?”

En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO ya contaba con una serie de diagnósticos de Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad con anterioridad al mes de marzo del 2017, 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. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C - 232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, 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 (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con

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

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, 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 JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO omitió relacionar sus antecedentes siendo éstos relevantes para el conocimiento de la aseguradora, que además aportaron a la calificación del dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, razón por la cual se busca hacer efectivo el seguro. Adicionalmente, si bien es cierto que dicho dictamen no tuvo en cuenta la *hiperlipidemia mixta ni la obesidad*, éstos antecedente es igualmente de relevancia para conocimiento de la aseguradora por lo que omitir informarla genera error al momento de contraer el seguro. Si bien estas dos patologías o antecedentes clínicos no fueron calificadas directamente en el dictamen, esto no resta importancia al hecho de que dicha condición médica debió ser declarada a la Compañía, pues lo que se requiere del asegurado es la declaración sincera de cualquier antecedente médico relevante. De hecho, en todas las declaraciones de asegurabilidad se le pregunta expresamente al asegurado si sufre o ha sufrido **cualquier problema de salud** con la pregunta: "(...) ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? (...)", pregunta que el asegurado respondió negativamente en el formulario, como podrá comprobarlo el despacho en la declaración de asegurabilidad adjunta a este escrito.

Además, se expone que, si la Hiperlipidemia mixta, está asociada con obesidad, como en el presente caso, ésta puede predisponer a trastornos respiratorios como la apnea del sueño (antecedente calificado por medio del Dictamen), que afecta la capacidad respiratoria durante el descanso. Al respecto, el medico Robert L. Owens, dispuso mediante el artículo “Apnea del sueño” lo siguiente:

“La apnea del sueño es un trastorno grave en el cual la respiración se interrumpe de forma repetida el tiempo suficiente para perturbar el sueño; dicha interrupción suele provocar un descenso en los niveles de oxígeno y un aumento de los niveles de dióxido de carbono en la sangre”.

En consecuencia, es necesario analizar cómo las condiciones preexistentes del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, tales como la hiperlipidemia mixta y la obesidad, guardan una relación con el diagnóstico principal de trastornos del sistema respiratorio señalado en el dictamen de pérdida de capacidad laboral.

Ahora, respecto a la patología de Hipertensión Arterial, la presentación del Dictamen de Determinación de Origen y/o Perdida de Capacidad Laboral y Ocupacional aportado por el mismo demandante constituye una confesión por medio de apoderado judicial según el artículo 193 del Código General del Proceso, confirmando la existencia de condiciones de salud preexistentes que debieron ser declaradas al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad de los seguros en controversia. Toda vez que dicha patología de obtuvo una calificación del 11% el Dictamen:

Deficiencias									
Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva	2	2.6	1	2		NA	11,00%		11,00%

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

“¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problemas de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos? NO

Dolor en el pecho, **tensión arterial alta**, infarto, o cualquier enfermedad del corazón. NO

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?” NO

DOCUMENTO: Declaración de asegurabilidad - Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000024238

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO había sido diagnosticado con una Hipertensión Arterial, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por la Hipertensión, (ii) que a pesar de que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO había sido diagnosticado con Hiperlipidemia Mixta, y obesidad, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba sobre la existencia de cualquier enfermedad no contemplada en el cuestionario, situación que claramente dista con la realidad tal como se contrasta con la historia clínica.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO padecía y conocía de la existencia de su Hipertensión Arterial, Hiperlipidemia Mixta y Obesidad. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

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

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

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

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

En línea con lo anterior, es válido establecer que para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997 fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

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

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

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

Sin perjuicio a lo anterior, no cabe duda de que en el presente proceso judicial las patologías que el demandante omitió declarar son aquellas que sirvieron de sustento para su calificación de pérdida de capacidad laboral total y permanente por lo que sin lugar a dudas en este caso el consentimiento de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. resultó viciado porque cuando se le indagó al señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, sobre su estado de salud el respondió que no a cada una de las preguntas consignadas en el formulario. De tal suerte que de cara a la buena fe mi mandante creyó que el entonces asegurado gozaba de un estado de salud óptimo, pero resultó que aquello no era así, pues como se demostrará el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO tenía sendas patologías "Hipertensión Arterial (HTA), Hiperlipidemia Mixta, y obesidad" las cuales fueron diagnosticadas con anterioridad al mes de marzo del año 2017, y que por su gravedad debían ser conocidas por la compañía a fin de decidir si celebrar el acuerdo o no, o al menos a tener la posibilidad de pactar condiciones más onerosas.

Con el fin de aterrizar esta excepción al caso en concreto, es necesario remitirnos al dictamen No. 06202301146 emitido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS, que se adjunta a la presente donde se permite establecer las patologías calificadas, donde se relacionan: I). Apnea del sueño; II) Hipertensión esencial; entre otras, veamos:

Diagnósticos y origen				
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
G473	Apnea del sueño			Enfermedad común
J459	Asma, no especificada			Enfermedad común
K297	Gastritis, no especificada			Enfermedad común
I841	Hemorroides internas con otras complicaciones			Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión			Enfermedad común

Lo anterior, refuerza el hecho de que diagnósticos como la Hipertensión, formaron parte de las causales de Calificación en el respectivo Dictamen. Además, éste al ser un factor de riesgo significativo, sumado a los antecedentes de hiperlipidemia mixta y obesidad puede generar o agravar otras afecciones en el sistema respiratorio, mismas que obtuvieron el mayor porcentaje de calificación (65%):

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.	11,00%
Capítulo 3. Deficiencias por trastornos del sistema respiratorio.	65,00%
Capítulo 4. Deficiencias por alteración del sistema digestivo.	10,00%
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.	20,00%

La HTA puede agravar condiciones respiratorias preexistentes como la **apnea obstructiva del sueño** (antecedente calificado por medio del Dictamen), ya que existe una relación bidireccional entre estas condiciones. Respecto a la Hiperlipidemia mixta, se expone que, igualmente, si la misma está asociada con obesidad, como en el presente caso, ésta puede predisponer a trastornos respiratorios como la apnea del sueño, que afecta la capacidad respiratoria durante el descanso. Al respecto, el medico *Robert L. Owens*, dispuso mediante el artículo “Apnea del sueño” lo siguiente:

“La apnea del sueño es un trastorno grave en el cual la respiración se interrumpe de forma repetida el tiempo suficiente para perturbar el sueño; dicha interrupción suele provocar un descenso en los niveles de oxígeno y un aumento de los niveles de dióxido de carbono en la sangre”.

En consecuencia, la hipertensión arterial que le fue diagnosticada alrededor del año 2.000 al señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO fue calificada en el Dictamen objeto de asunto, y además, sumado con los antecedentes de Hiperlipidemia Mixta, y obesidad guardan una relación con el diagnóstico principal trastornos del sistema respiratorio señalados en el dictamen de pérdida de capacidad laboral.

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

- **Declaración de asegurabilidad que data del 15 de marzo de 2017:**

Como se evidencia, una de las preguntas estipuladas en la declaración de asegurabilidad es referente a si el asegurado ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud relacionado con la **tensión arterial alta**. Sin embargo, se evidencia con claridad que el asegurado respondió negativamente:

Documento: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

Transcripción parte esencial: “¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problemas de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?
(...)”

*Dolor en el pecho, **tensión arterial alta**, infarto, o cualquier enfermedad del corazón.” (Subrayado y negrilla por fuera de texto original)*

Del mismo modo, en la declaración mencionada se indaga si el asegurado sufre o ha sufrido **cualquier problema de salud no contemplado en el listado enunciado**, a lo que el asegurado contestó igualmente que no:

Documento: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.

Transcripción parte esencial: “¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?”

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

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

Si bien la parte actora pretende tratar de endilgar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos Tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del Código de Comercio 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 Código de Comercio. Al respecto, el artículo 1158 del referido código 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”.

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. Es más, la Corte Constitucional en Sentencia T - 058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico¹¹.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que

¹¹ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

implique la violación de derechos fundamentales¹². 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 conocer¹³”. -
(Subrayado por fuera de texto)

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

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo**, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”¹⁴* - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁵, 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***

¹² Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹³ 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.

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez.

¹⁵ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

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

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

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.» - (Subrayado por fuera de texto)

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)”¹⁶ (Subrayado por fuera de texto).

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 Código de Comercio, explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula

¹⁶ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Así las cosas, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de

la Compañía Aseguradora el efectuar exámenes médicos al señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

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

Ahora, pese a que se alega que no se encuentra demostrada la mala fe del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO por parte de los accionantes, lo cual a su consideración es un punto fundamental para declarar la nulidad 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”¹⁷. - (Subrayado por fuera de 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 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁸, 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».**” - (Subrayado por fuera de texto)*

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

¹⁷ 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.

¹⁸ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de 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 Código de Comercio 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

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

5. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma 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 JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LOS CONTRATOS DE SEGURO MATERIALIZADOS EN LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 105 0000024238

En la presente excepción se indica que debe darse estricta aplicabilidad a las condiciones del contrato de seguro y en ese sentido, deberá tenerse en cuenta que el riesgo amparado por la Compañía Aseguradora es el delimitado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No.02 105 0000024238, con sus condiciones explícitas. En ese sentido deberá entonces atenderse cabalmente a lo establecido en ella. Para el efecto, encontramos que el riesgo amparado en el contrato de seguro respecto de la invalidez es el siguiente:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

En virtud de lo anterior, el honorable despacho deberá tener en cuenta el riesgo amparado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y dar estricta aplicabilidad a las condiciones del amparo respecto de la obligación del asegurado de probar que sufrió una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% que impide en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad, siempre y cuando haya sido calificado por uno de los entes mencionados en la transcripción anterior. En ese sentido debe decirse que para la resolución de este caso el despacho deberá atender cabalmente a lo expresado por la cláusula precitada que hace parte del Contrato de Seguro.

7. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA.

En el presente caso, el demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento de la prestación derivada de los contratos de seguro expedidos por mi representada, comoquiera que no ostentan la calidad de beneficiario en los aseguramientos. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad bancaria. En este orden de ideas no puede perderse de vista que la legitimación en la causa es el primer presupuesto que debe evaluarse antes de realizar cualquier estudio sobre un caso en particular. Puede ser activa o pasiva y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a

las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

*“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a **un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones**, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”¹⁹ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).*

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)”²⁰.

En el mismo sentido, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de estas con el interés sustancial que se discute en el proceso:

“La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.”²¹

Ahora, en lo que concierne específicamente a casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, al indicar que:

“A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el

¹⁹ Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

²⁰ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P María Elena Giraldo, Rad: 10973.

²¹ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado. Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S.A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el **“único legitimado para efectuar la reclamación.”** (...)

En suma, **como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que en ningún error de hecho, con las características de manifiesto y trascendente, pudo incurrir el Tribunal, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo,** menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan (...) Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que **el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda”** que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.

Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, **porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el “único” legitimado para reclamar la indemnización, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios.** Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda “contra los otros codeudores solidarios si los hay” (...) ²². - (Subrayado y negrita por fuera de texto)

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01).

De este modo, para la nombrada Corte, especialmente en materia de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida. Descendiendo al caso concreto, a efectos de acreditar la falta de legitimación en la causa por activa, no puede perderse de vista que en la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000024238, figuraba como beneficiario el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Lo anterior quiere decir que, teniendo en cuenta que los hoy demandantes no son beneficiarios del seguro de vida, no se encuentran legitimados en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, el único sujeto que se encuentra legitimado para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado es aquel que ostente la calidad de beneficiario del mismo. Lo que en el presente caso implica que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad bancaria.

En conclusión, el Seguro de Vida Grupo Deudor que sirvió de base para formular esta acción no contempla como beneficiarios del mismo a los accionante, como se dijo, el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es el único beneficiario del seguro y, por tanto, el único sujeto legitimado para exigir el pago de las prestaciones que del seguro pudieran derivarse, situación que pone de manifiesto la falta de legitimación de los demandantes para pretender pago alguno en su propio favor. En conclusión, teniendo en cuenta que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y no a los demandantes, es claro que no se vislumbra el presupuesto material para emitir una sentencia a favor de estos.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

8. 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 provisiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el 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.”²³ (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso

²³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

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.

9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del Código General del Proceso solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del accionante (1081 Código de Comercio).

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

VI. EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS

10. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN A FECHA DE SINIESTRO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento, para ello, deberá tener en cuenta que el límite correspondería al saldo insoluto de cada obligación a fecha de siniestro, esto es, a la fecha de la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

11. LOS CONTRATOS DE SEGURO VINCULADOS TIENEN UN BENEFICIARIO ONEROSO

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

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

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo (...)”²⁴

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

“(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora (...)”²⁵

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad

²⁴ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

²⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro asociado tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser exclusivamente en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

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

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

12. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A DE PAGAR INTERESES DE MORA EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

En este caso no es jurídicamente posible que se condene al pago de intereses moratorios desde el 30 de noviembre de 2023, toda vez que la jurisprudencia ha sido clara en afirmar que la certeza del derecho pretendido únicamente surgiría con la eventual sentencia condenatoria, por ende, es a partir de este extremo temporal desde donde en el hipotético caso de acoger las pretensiones de la demanda se deberá contabilizar dichos intereses.

Como sustento de lo anterior, se encuentra en primera medida que el artículo 1080 del Código de Comercio indica que el asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro y de los intereses de mora, siempre y cuando se acredite el cumplimiento de las cargas de que trata el artículo 1077 del Código de Comercio. Ello supone, que el hito temporal a partir del cual empiezan a causarse los intereses no es otro sino el momento en el que se tiene certeza del cumplimiento de las dos cargas que impone la norma referida, esto es (i) se acredite la ocurrencia de siniestro en los términos de la póliza y (ii) se acredite con certeza el valor de la cuantía de la pérdida. Es decir, que los intereses se causan al mes siguiente de formalizado el siniestro, de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 1080. <PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS>. <Inciso modificado por el parágrafo del Artículo 111 de la Ley 510 de 1999. El nuevo texto es el siguiente:> El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador

reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior <inciso primero original del artículo>, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.”

Al respecto, téngase en cuenta que la Corte Suprema de justicia, sala de casación civil, se encargó de hacer un estudio juicioso del tema en sentencia SC1947 del 26 de mayo de 2021, en la cual indicó que solo puede tenerse certeza del cumplimiento de estas cargas, a partir del momento en que queda ejecutoriada la sentencia que declara la responsabilidad del demandado, como se lee a continuación:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo²⁶”

Lo anterior implica sin lugar a duda que, cuando la aseguradora es demandada en un proceso judicial, la acreditación de la existencia y cuantía del siniestro que exige el artículo 1080 para detonar la mora de la aseguradora, solo puede entenderse satisfecha a partir del momento en que queda ejecutoriada la sentencia que declara la responsabilidad del asegurado, dado que es a partir de este momento en que se entienden cumplidas las cargas de que trata el artículo 1077 del Código de Comercio.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

13. 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

²⁶ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

por parte de mi representada, en el evento que el Despacho considere que mi representada 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

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL EXTREMO ACTOR

a. RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROVINIENTES DE TERCEROS:

En el remoto evento remoto e improbable evento en que su Despacho decidiera tener como prueba tal Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS, solicito amablemente que el representante legal de dicha compañía comparezca a la audiencia a efectos de someter el documento a ratificación conforme a lo preceptuado en el artículo 262 del Código General del Proceso. Lo anterior, a efectos de ejercer de manera adecuada los derechos de defensa de mi representada y en ese sentido, realizar la correspondiente contradicción de la prueba.

El Art. 262 del C.G.P., preceptúa que: “(...) *Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, salvo que la parte contraria solicite su ratificación (...)*”.

Por supuesto, esta ratificación concebida en la legislación procesal actual, le traslada a quien quiere valerse de documentos provenientes de terceros, el deber de obtener que lo ratifiquen sus respectivos autores, cuando así lo requiere la parte contraria frente a la cual se aportan tales documentos. Resulta lógico que sea quien aporta los documentos provenientes de terceros, quien tenga en sus hombros la carga de hacerlos ratificar de quien los obtuvo o creó, si es que quiere emplearlos como medio de convicción.

Entonces, cabe resaltar que el Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo; y en tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras esta no solicite y obtenga su ratificación, y son los siguientes:

- Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS, en el que el medico ponente fue el Dr. JUAN MAURICIO CORTES LOPEZ.

CAPÍTULO III

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

1. DOCUMENTALES

- Copia de la declaración de asegurabilidad formalizada el 15 de marzo del 2017 por el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO.
- Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
- Fragmentos de la Historia Clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO.
- Comunicación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el día 05 de febrero del 2024, mediante la cual objeta el pago de la reclamación No. VGDB-31475.

La mayoría de los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, 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 JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del Código General del Proceso, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el

proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO.

4. TESTIMONIALES

- Solicito se sirva citar a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO. 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 JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el 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 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com.

- Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora JULIE ALEXABDRA TRIANA BLANCO, miembro del equipo Técnico de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Quiroga. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Quiroga, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

- Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES** identificada con la C.C. No. 1.061.751.492 de Popayán, asesora externa de mi representada, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, los efectos de la reticencia en la declaración del estado de salud y en general sobre todos los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, deducibles, etc., de los Contratos de Seguro objetos del presente litigio.

La Doctora MUÑOZ podrá ser citada en carrera 32 Bis No. 4-16 de la ciudad de Popayán o en el correo electrónico darlingmarcela1@gmail.com o el número celular 3113888049.

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del Código General del Proceso, se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá D.C.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2000 hasta la fecha actual, del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO.
- Informe la fecha en que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO inició los trámites de calificación.

- Informe y certifique su situación laboral.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la póliza; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a **SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta la fecha actual. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S.** puede ser notificada en la Carrera 63 49 A 31 P1 ED CAMACOL, en la ciudad de Medellín., y a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a **EPS SURAMERICANA S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta la fecha actual. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **EPS SURAMERICANA S.A.** puede ser notificada en la Carrera 43 A 34 95 centro comercial Almacentro local 259, en la ciudad de Medellín., y a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a **DESCAFEINADORA COLOMBIANA S.A.S** -

DESCAFECOL., exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de los siguientes documentos: .

- Situación laboral actual del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO en la empresa
- Histórico de reubicaciones o modificaciones que haya tenido el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO
- Modalidad de contrato que tenga actualmente con la empresa el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO

El propósito de la exhibición de estos documentos radica en demostrar el estado laboral actual del señor JOSE OMAR GARCÍA RESTREPO, proporcionando elementos que permitan esclarecer su situación laboral vigente y su relación con los hechos objeto de este proceso. Estos documentos son esenciales para corroborar las circunstancias que se han alegado y su relevancia en el marco del debate jurídico.

6. OFICIOS

- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a **SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S.**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta la actualidad. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no es posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. **SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S.** puede ser notificada en la Carrera 63 49 A 31 P1 ED CAMACOL, en la ciudad de Medellín., y a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a **EPS SURAMERICANA S.A.**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y

auténtica de la Historia Clínica del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta la actualidad. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no es posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. **EPS SURAMERICANA S.A.** puede ser notificada en la Carrera 43 A 34 95 centro comercial Almacentro local 259, en la ciudad de Medellín., y a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a **DESCAFEINADORA COLOMBIANA SAS - DESCAFECOL.**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, Situación laboral actual del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO en la empresa, Histórico de reubicaciones o modificaciones que haya tenido el señor GARCÍA RESTREPO, y la modalidad de contrato que tenga actualmente con la empresa. Dicha información y documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que es la empresa a la que encuentra vinculado laboralmente el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no es posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva. El propósito de obtener estos documentos, el estado laboral actual del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO; y así mostrar que laboralmente sigue activo. **DESCAFEINADORA COLOMBIANA SAS - DESCAFECOL** puede ser notificada en info@descafecol.com.

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación

del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) Que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías del señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el señor JOSÉ OMAR GARCÍA RESTREPO 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 Código Comercio son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso 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 (1) mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez la entidad oficiada (SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S) 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 las entidades e instituciones prestadoras de salud mencionadas pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

CAPÍTULO IV

ANEXOS

- Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.

- Poder conferido al suscrito.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

CAPÍTULO V NOTIFICACIONES

- El suscrito en la Av. 6 A Bis No. 35 N - 100, Oficina 212, Centro Empresarial Chipichape, en la ciudad de Cali (Valle del Cauca)

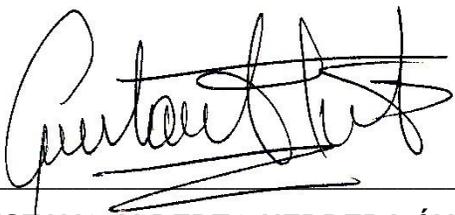
Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co.

- Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C.

Correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com.

- La parte demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.