

Señores.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
E. S. D.

PROCESO: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO
DEMANDANTE: JUDITH PALLAREZ LOPEZ Y OTROS
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
RADICADO: 2024177843
EXPEDIENTE: 2024-25898

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente y que se aporta nuevamente, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, identificada con NIT No. 800.240.882-0. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora JUDITH PALLAREZ LOPEZ Y OTROS en contra de mi procurada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos el día del 10 de agosto de

2024, sobre un accidente de tránsito mencionado por la parte demandante. 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.

AL HECHO 2: 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.

AL HECHO 1 (repetido en numeración): No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, ya que se trata de circunstancias que involucran a BBVA COLOMBIA y esta es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pues la parte demandante manifiesta que presentó derechos de petición a ella. 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.

AL HECHO 2 (repetido en numeración): No es cierto como se encuentra relatado por la parte demandante. El 19 de septiembre de 2024 fue remitida comunicación en respuesta a petición de información en la cual se aportó, entre otras, la Póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739. Ahora, respecto de lo relatado con la clasificación de lo que cubre esta póliza, se debe tener en cuenta que esa información se halla en el condicionado general aplicable. 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.

AL HECHO 3: Es cierto que el 18 de septiembre de 2024 se remitió objeción formal a solicitud de afectación del seguro por encontrarse el hecho del 10 de agosto de 2024 (muerte accidental en accidente de tránsito como conductor de motocicleta) dentro de una causal de exclusión, no cubierta por la Póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, pero en todo caso lo que debe tenerse en cuenta es que no es posible imponer obligación alguna a la compañía aseguradora porque el seguro había terminado por mora en el pago de la prima y en consecuencia para la fecha de la muerte del señor 10 de agosto de 2024 la misma no estaba vigente, puesto que su última cobertura se extendió desde el 5 de junio de 2024 hasta el 4 de agosto de 2024.

AL HECHO 4: No es cierto como se encuentra relatado por la parte demandante. La comunicación relacionada con aprobación para pago del 18 de septiembre de 2024 no corresponde a la póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739. El asegurado WILMER TORO MESA (Q.E.P.D.) sostenía diferentes tipos de aseguramientos, por ende, esa comunicación corresponde a otro contrato de seguro. Pues en efecto en la misma fecha, la solicitud de afectación de la póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739 fue objetada al configurarse una exclusión en los hechos que dan ocasión a la solicitud. Pero de todas formas lo que realmente se debe tener en cuenta es que el seguro materia de litigio no estaba vigente para la fecha en que se presentó el fallecimiento del señor Toro Mesa pues dicho seguro contaba con una periodicidad de pago mensual y se reporta que únicamente se percibió la prima en dos oportunidades y la última de ella extendió el amparo desde el 5 de julio de 2024 hasta el 4 de agosto de 2024, mientras que el accidente ocurrió el 10 de agosto de 2024, es decir cuando la cobertura ya había finalizado, pues al no percibirse el pago de la prima el contrato termina automáticamente. 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.

AL HECHO 5: No es cierto como se encuentra relatado por la parte demandante. Si bien el 23 de septiembre de 2024 fue radicada una solicitud de indemnización respecto al seguro vida integral, no es cierto que al asegurado no se le hubiere informado acerca de las exclusiones o del contenido

del tipo de seguro que estaba contratando. Esta constituye una aseveración temeraria que carece abiertamente de sustento probatorio, pues contrario al dicho de la parte demandante, tal como declaró el asegurado en la Solicitud de Seguro de Vida Integral Premium, recibió la información y se le explicó el alcance de la póliza que fue otorgada. Tanto es así que el señor WILMER TORO MESA dispuso su firma dos (2) veces en dicha solicitud, y una de ellas concierne a la constancia de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa, Se extrae:

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que no ejerzo ni ejerzo de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean irónicamente de acuerdo con el artículo 1058 del Código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mí convaleciente, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas, con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No _____, o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

La póliza a la que accede la presente declaración, se renueva automáticamente a la finalización de la vigencia inicial y/o renovaciones. Si no quiere optar por esta opción por favor marque la siguiente casilla:

Edad mínima de Ingreso: 18 años. Edad máxima de Ingreso: Un día antes de cumplir 65 años. Permanencia: Hasta un día antes de cumplir 70 años.
Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Edad Máxima de Ingreso y permanencia: hasta un día antes de cumplir los 65 años.

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

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

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Cauca el 05 del mes de Junio de 2014

Firma del Solicitante
Firma Autorizada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT.800.240.882-0
Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 9 # 72 - 21, Piso 8 Teléfono 2191100

Documento: Solicitud de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739

Transcripción parte esencial: *“Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud, manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.”* – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

AL HECHO 6: No es cierto como se encuentra relatado por la parte demandante. La comunicación

relacionada con aprobación para pago de fecha 25 de septiembre de 2024 no corresponde a la Póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739. El asegurado WILMER TORO MESA (Q.E.P.D.) sostenía diferentes tipos de aseguramientos, sin embargo, la solicitud de afectación para la póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739 fue objetada al configurarse una exclusión en los hechos que dan ocasión a la solicitud. Pero de todas formas lo que realmente se debe tener en cuenta es que el seguro materia de litigio no estaba vigente para la fecha en que se presentó el fallecimiento del señor Toro Mesa pues dicho seguro contaba con una periodicidad de pago mensual y se reporta que únicamente se percibió la prima en dos oportunidades y la última de ella extendió el amparo desde el 5 de julio de 2024 hasta el 4 de agosto de 2024, mientras que el accidente ocurrió el 10 de agosto de 2024, es decir cuando la cobertura ya había finalizado, pues al no percibirse el pago de la prima el contrato termina automáticamente. 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. 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.

AL HECHO 7: No es cierto como se plantea el hecho, debe precisarse que en este caso no ha existido una reclamación en estricto sentido, pues ella supone probar la ocurrencia del siniestro que no es otra cosa que la realización del riesgo asegurado, aspecto que no ha ocurrido comoquiera que para la fecha de muerte del señor Toso Mesa no había seguro vigente porque el mismo había terminado por mora en el pago de la prima, empero debe precisarse que mi mandante objetó el pago de la póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, en la cual se sostiene o ratifica la objeción que fue emitida el 18 de septiembre de 2024, al configurarse la exclusión 2.2. *NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL: (...) B) CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.*

AL HECHO 8: No es cierto como lo dice la parte demandante, pues como ya se ha expuesto, BBVA

SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. entregó información de forma clara y oportuna sobre el seguro contratado, cumpliendo entonces con lo requerido por la demandante. Frente a la prueba que demuestren esta notificación al asegurado, se cuenta con el reconocimiento del señor WILMER TORO MESA de forma libre, expresa y voluntaria de haber recibido absolutamente toda la información relacionada con el contrato de seguro, tal como se desprende de su lectura:

| | |
|--|---|
| Edad mínima de Ingreso: 18 años. Edad máxima de Ingreso: Un día antes de cumplir 65 años. Permanencia: Hasta un día antes de cumplir 70 años. Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Edad Máxima de Ingreso y permanencia: hasta un día antes de cumplir los 65 años. | |
| Firma del Solicitante El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las paginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co | |
| Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud, manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro. | |
| Como constancia se aprueba y firmé en la ciudad de <u>Quibdó</u> el <u>05</u> del mes de <u>Junio</u> de <u>2014</u> | |
| Firma del Solicitante | Firma Autorizada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT.800.240.882-0 |
| Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 9 # 72- 21, Piso 8 Teléfono 2191100 | |

Documento: Solicitud de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739

Transcripción parte esencial: **“Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud, manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.”** – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

De modo que no pueden sus familiares desconocer dicha aceptación sobre lo antes establecido, pues no pueden pretender ahora inculpar a mi representada cuando de esta no se logra evidenciar una actuación sin la debida diligencia que le es exigible. El asegurado recibió la información clara y completa. Entonces, al ser un contrato de seguro válido este es ley para las partes y su no reconocimiento va en contraste con el incumplimiento de los deberes de los consumidores financieros, principalmente en lo relacionado al deber de informarse sobre productos financieros, situación que no es imputable a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. quien actuó con plena

diligencia y cumpliendo con la prestación del servicio.

AL HECHO 11: No es un hecho, se trata de la existencia de diligencia de conciliación extrajudicial.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: Me opongo a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no está obligada a efectuar ningún pago por concepto del seguro vida integral premium por las siguientes razones:

- El seguro vida integral premium terminó por mora en el pago de las primas, es decir no estaba vigente para el momento del fallecimiento del señor Toro Mesa: Este tipo de seguro no estaba vigente desde el 5 de junio de 2024 hasta el 5 de junio de 2025 como aduce la parte demandante, pues el mismo tenía una periodicidad de pago de la prima de manera mensual y esa mensualidad comportaba a su vez la vigencia de aquel, en ese orden de ideas el seguro se formalizó el día 5 de junio de 2024 y se recaudaron 2 pagos por concepto de primas. La última de ellas se recibió el día 9 de julio de 2024 y representaba una cobertura desde el 5 de julio de 2024 al 4 de agosto de 2024, por ende, como no se sufragó las siguientes sumas por el valor de la prima, el seguro terminó automáticamente siendo imposible ordenar pago alguno.
- Falta de cobertura temporal del seguro vida integral premium: el riesgo asegurado debe realizarse dentro de la vigencia o cobertura temporal del seguro, empero para este caso el mismo solo estuvo vigente desde el 5 de junio de 2024 hasta el 4 de agosto de 2024, mientras que la muerte como hecho que da base a la acción ocurrió el 10 de agosto de 2024, es decir por fuera de esa vigencia. Por lo tanto, no existe cobertura temporal.
- En todo caso y subsidiariamente el seguro de vida premium no puede hacerse efectivo toda vez que se configuró la exclusión contenida en el numeral 2.2. en el literal B del condicionado del seguro: En los hechos de la demanda, concernientes en la muerte del

asegurado el señor WILMER TORO MESA, se identifica que fallece a causa de accidente de tránsito al viajar en motocicleta y la póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, en su condicionado general contiene la exclusión 2.2. *NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL: (...) B) CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS*, por lo tanto se halla configurada la exclusión y no hay lugar a indemnizar por este hecho. Lo que libra a mi mandante, pues expresamente excluyó este tipo de riesgos.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: Me opongo a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, no puede hacerse efectiva por las siguientes razones:

- El seguro vida integral premium terminó por mora en el pago de las primas, es decir no estaba vigente para el momento del fallecimiento del señor Toro Mesa: Este tipo de seguro no estaba vigente desde el 5 de junio de 2024 hasta el 5 de junio de 2025 como aduce la parte demandante, pues el mismo tenía una periodicidad de pago de la prima de manera mensual y esa mensualidad comportaba a su vez la vigencia de aquel, en ese orden de ideas el seguro se formalizó el día 5 de junio de 2024 y se recaudaron 2 pagos por concepto de primas. La última de ellas se recibió el día 9 de julio de 2024 y representaba una cobertura desde el 5 de julio de 2024 al 4 de agosto de 2024, por ende, como no se sufragó las siguientes sumas por el valor de la prima, el seguro terminó automáticamente siendo imposible ordenar pago alguno.
- Falta de cobertura temporal del seguro vida integral premium: el riesgo asegurado debe realizarse dentro de la vigencia o cobertura temporal del seguro, empero para este caso el mismo solo estuvo vigente desde el 5 de junio de 2024 hasta el 4 de agosto de 2024, mientras que la muerte como hecho que da base a la acción ocurrió el 10 de agosto de 2024, es decir por fuera de esa vigencia. Por lo tanto, no existe cobertura temporal.
- En todo caso y subsidiariamente el seguro de vida premium no puede hacerse efectivo toda

vez que se configuró la exclusión contenida en el numeral 2.2. en el literal B del condicionado del seguro: En los hechos de la demanda, concernientes en la muerte del asegurado el señor WILMER TORO MESA, se identifica que fallece a causa de accidente de tránsito al viajar en motocicleta y la póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, en su condicionado general contiene la exclusión 2.2. *NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL: (...) B) CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS*, por lo tanto se halla configurada la exclusión y no hay lugar a indemnizar por este hecho. Lo que libra a mi mandante, pues expresamente excluyó este tipo de riesgos.

- Además, la señora Judith Pallares no ha probado la calidad de compañera permanente por ende no tiene legitimación en la causa por activa: En el plenario no se aporta prueba idónea para acreditar la supuesta calidad de compañera permanente, existe una declaración extrajuicio rendida por la misma demandante, la cual no tiene el mérito probatorio para acreditar la supuesta calidad en la que actúa, por lo tanto aunque es claro que el seguro no puede afectarse por haber finalizado por mora en el pago de la prima, lo cierto es que Judith Pallares tampoco tiene legitimación por activa para pretender pago alguno.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (repetida): Me opongo a la pretensión debido a que no es posible afectar la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, por las siguientes razones:

- El seguro vida integral premium terminó por mora en el pago de las primas, es decir no estaba vigente para el momento del fallecimiento del señor Toro Mesa: Este tipo de seguro no estaba vigente desde el 5 de junio de 2024 hasta el 5 de junio de 2025 como aduce la parte demandante, pues el mismo tenía una periodicidad de pago de la prima de manera mensual y esa mensualidad comportaba a su vez la vigencia de aquel, en ese orden de ideas el seguro se formalizó el día 5 de junio de 2024 y se recaudaron 2 pagos por concepto

de primas. La última de ellas se recibió el día 9 de julio de 2024 y representaba una cobertura desde el 5 de julio de 2024 al 4 de agosto de 2024, por ende, como no se sufragó las siguientes sumas por el valor de la prima, el seguro terminó automáticamente siendo imposible ordenar pago alguno.

- Falta de cobertura temporal del seguro vida integral premium: el riesgo asegurado debe realizarse dentro de la vigencia o cobertura temporal del seguro, empero para este caso el mismo solo estuvo vigente desde el 5 de junio de 2024 hasta el 4 de agosto de 2024, mientras que la muerte como hecho que da base a la acción ocurrió el 10 de agosto de 2024, es decir por fuera de esa vigencia. Por lo tanto, no existe cobertura temporal.
- En todo caso y subsidiariamente el seguro de vida premium no puede hacerse efectivo toda vez que se configuró la exclusión contenida en el numeral 2.2. en el literal B del condicionado del seguro: En los hechos de la demanda, concernientes en la muerte del asegurado el señor WILMER TORO MESA, se identifica que fallece a causa de accidente de tránsito al viajar en motocicleta y la póliza Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, en su condicionado general contiene la exclusión 2.2. *NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL: (...) B) CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS*, por lo tanto se halla configurada la exclusión y no hay lugar a indemnizar por este hecho. Lo que libra a mi mandante, pues expresamente excluyó este tipo de riesgos.
- Además, la señora Judith Pallares no ha probado la calidad de compañera permanente por ende no tiene legitimación en la causa por activa: En el plenario no se aporta prueba idónea para acreditar la supuesta calidad de compañera permanente, existe una declaración extrajuicio rendida por la misma demandante, la cual no tiene el mérito probatorio para acreditar la supuesta calidad en la que actúa, por lo tanto aunque es claro que el seguro no puede afectarse por haber finalizado por mora en el pago de la prima, lo cierto es que Judith Pallares tampoco tiene legitimación por activa para pretender pago alguno.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: me opongo a la pretensión elevada por la parte

accionante debido a que al momento de solicitar la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739 el señor WILMER TORO recibió plenamente toda la información relativa a las condiciones, exclusiones, entre otras. Misma que se constata con la firma del señor WILMER al certificar que fue informado de forma clara y completa. Entonces, esta pretensión no tiene vocación de prosperidad, por cuanto la compañía de seguros actuó de forma diligente y con plena sujeción a las normas que rigen su actividad al informar al consumidor financiero e incluso a sus familiares luego de su deceso. De modo que no existe en el plenario conducta reprochable por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: me opongo a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la pretensión tercera, y al ser aquella improcedente, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. comoquiera que la competencia de esta delegatura se encuentra restringida al cumplimiento o no de las prestaciones eventualmente derivadas de la relación contractual, pero no existe posibilidad alguna de que se imponga indemnizaciones por aspectos completamente ajenos al contrato de seguro. Es decir que, a esta H. Delegatura se le ha conferido facultades jurisdiccionales para conocer de las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de las obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora, para el caso preciso el litigio suscitado respecto al contrato de seguro vida premium, razón por la cual, la indemnización pedida es improcedente, y en todo caso no se ha probado la entidad del supuesto daño ni su cuantía, por lo que no es más que una especulación que se encuentra lejos de ser un daño indemnizable.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: me opongo a un ajuste de la condena de acuerdo con los índices de precios al consumidor, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: No se trata de una pretensión sino de la solicitud de reconocimiento de personería del abogado para actuar en representación de los demandantes.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA: me opongo a la condena en costas y agencias en derecho, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto el juramento estimatorio presentado por el Demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. Puntualmente me opongo enfáticamente a que haga prueba del monto de la indemnización solicitada por el extremo demandante, ya que no efectuó el cálculo solicitado frente al amparo que pretende sea afectado, pues relaciona dos valores del seguro emitido por mi representada, lo cual indica que frente a este particular su omisión denota la inviabilidad de que se efectúe una valoración sobre esta como un elemento de prueba, puesto que no fue aportado en debida forma. Sin perjuicio de lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso es improcedente afectar la póliza por cuanto a mi representada no le asiste obligación alguna toda vez que el contrato de seguro celebrado gozó de plena validez y tuvo fuerza vinculante para las partes por lo que las exclusiones se consideran válidas. Al respecto, deberá decirse que los contratos, al tener carácter vinculante para las partes, no pueden ser modificados o desconocidos. Así, no se puede ignorar el vínculo contractual con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., ni las obligaciones derivadas del mismo. En este caso, el seguro terminó por mora en el pago de la prima, aunado a ello mientras el seguro estuvo vigente no se presentó el riesgo cuya afectación se alega, por lo tanto, no hay cobertura temporal para los hechos objeto del proceso y en todo caso el seguro contempla una exclusión de cobertura que el asegurado conocía cuando contrató la póliza Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739 tal como se evidencia con su doble firma en la solicitud de su seguro de fecha 05 de junio de 2024. Todo lo anterior permite afirmar que no es posible acoger las pretensiones y mucho menos tener el valor relacionado por la parte demandante como prueba de su pedimento, en tanto se finca en un contrato de seguro que como ya se dijo no estaba vigente

para el momento del hecho que da base a la acción.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre lo pretendido en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM NO. 00130316052392464739 TERMINÓ POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA

En primer lugar, debe advertirse que la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739, no podrá afectarse, en todo caso porque el contrato de seguro terminó automáticamente por mora en el pago de la prima, prestando cobertura hasta el día 5 de agosto de 2024. De modo que la Compañía Aseguradora no está llamada a responder por ninguna obligación derivada de la póliza, ya que no se pagó la prima de los periodos siguientes, como consecuencia de esa falta de pago se dio la terminación automática del contrato de seguro el 5 de agosto de 2024. Por lo tanto, no existe obligación en cabeza de mi representada que obligue a indemnizar a la parte demandante. Lo anterior es razón suficiente para desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización o pago alguno con cargo a la póliza de seguros, por cuanto, la misma se encuentra cancelada.

Con el propósito de ilustrar lo mencionado de forma previa, es importante tener en cuenta lo preceptuado en el artículo 1068 del Código de Comercio, acerca de la terminación del Contrato de Seguros cuando estemos en un escenario de mora en el pago de las primas:

ARTÍCULO 1068. <MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA>. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados.

Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes.
(Subrayada y Negrita fuera de texto)

Ahora bien, sobre la referida terminación del contrato por mora en el pago de la prima, resulta necesario traer a colación lo dispuesto en el artículo 1152 del C.Co., referente específicamente a los contratos de seguros de vida, aplicable para el caso que nos ocupa:

“ARTÍCULO 1152. <EFECTOS DE NO PAGO DE LA PRIMA>. (...), el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigirlos.” (Subrayada y Negrita fuera de texto)

Por otra parte, la Honorable Corte Suprema de Justicia, se ha pronunciado sobre la terminación automática del contrato de seguro bajo los siguientes términos:

“De entrada, resulta inculcable para la Corte que el juzgador incurrió en una inaceptable confusión de dos instituciones que presentan características y

propósitos completamente diversos, **como son la terminación automática del contrato por mora en el pago de la prima** y su revocación unilateral.

En compendio, aquélla emerge como una consecuencia adversa para el tomador o asegurado en el caso específico en que se haya **incumplido con la obligación de cancelar tempestivamente la prima de la póliza** o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, y **determina inexorablemente que de manera automática -por ministerio de la ley- cesen hacia el futuro los efectos del negocio jurídico, sin que sea necesaria la intervención de la voluntad de las partes, ni la declaración judicial de tal fenómeno**¹ (Subrayada y Negrita fuera de texto)

Corolario, la misma corporación a través de sentencia del 7 de octubre de 2015, ha precisado que para que proceda la terminación automática del contrato de seguro, tan solo basta con el acaecimiento de la mora en el pago de la prima, sea esta total o parcial, de la siguiente manera:

“(...) acaecida la mora en el pago de la prima, absoluta o parcial, el contrato de seguro, entendido como un todo, termina automáticamente y deja por ende, desde ese mismo momento, el de la mora, de producir los efectos que le son propios y que con su celebración buscaron para sí las partes.”²

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos, y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden,

¹ Sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 8 de agosto de 2007, Rad. n.º 2000-00326-01 Mp. César Julio Valencia Copete.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 7 de octubre de 2015. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. Expediente SC13628-2915.

a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.*

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...).³
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En resumen, en materia de seguros de vida, la doctrina y la jurisprudencia se han preocupado expresamente por analizar la consecuencia jurídica producida por la mora en el pago de la prima por parte del asegurado, y en este sentido, han presentado un criterio unánime al establecer que, por mandato de los artículos 1068 y 1152 del C.Co., el contrato de seguro terminará

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

automáticamente, esto es de pleno derecho, sin que para ello sea necesario el envío de comunicación alguna, o la implementación de una carga adicional, por parte de la compañía aseguradora.

Por otra parte, la Corte Suprema de Justicia ha sido enfática en mencionar la consecuencia jurídica de la mora en el pago de la prima, considerado lo siguiente:

“Apreciados en conjunto los citados artículos 1068 y 1069 del Código de Comercio, considerada, claro está, la ya destacada modificación que al primero le introdujo el artículo 82 de la Ley 45 de 1990, se concluye que la “terminación automática” de que aquél trata, fulmina por completo el contrato de seguro, independientemente de su alcance, esto es, de que con su celebración se hayan amparado diversos riesgos y de que se hubiera estipulado el fraccionamiento del pago de la prima, pues esta facilitación para atender el precio del seguro por parte del tomador, no es cuestión de la que él pueda servirse para desdibujar, en perjuicio del asegurador, la anotada unidad contractual.

En suma, se colige, que acaecida la mora en el pago de la prima, absoluta o parcial, el contrato de seguro, entendido como un todo, termina automáticamente y deja por ende, desde ese mismo momento, el de la mora, de producir los efectos que le son propios y que con su celebración buscaron para sí las partes”⁴ (Subrayado y Negrita fuera de texto)

Así las cosas, en el caso bajo estudio, la póliza no podrá hacerse efectiva toda vez que, se produjo la terminación automática el día 5 de agosto de 2024, en virtud de la mora en el pago de la prima, como se observa en la certificación de vigencia expedida por mi representada, que se aporta junto

⁴ Corte Suprema De Justicia. SC13628-2015. Sentencia del 07 de octubre de 2015. Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00426-01 M.P. Álvaro Fernando García Restrepo

a la presente contestación como prueba:

BBVA
Seguros

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) señor (a) **WILMER TORO MESA (Q.E.P.D)**, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. **9.692.574**, se encontraba asegurado(a) con la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. **052392464739**, amparado bajo las siguientes coberturas:

| AMPARO | VR. ASEGURADO |
|--|---------------|
| VIDA (Muerte Natural o Accidental) | \$150.000.000 |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (DESMEMBRACIÓN - INUTILIZACIÓN) | \$150.000.000 |
| ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO) | \$90.000.000 |
| INDEMNIZACIÓN ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL | \$150.000.000 |
| TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN VUELO | \$150.000.000 |
| REPATRIACIÓN | INCLUIDO |
| ASISTENCIA EN VIAJES INTERNACIONAL | INCLUIDO |

Los beneficiarios incluidos en la póliza fueron:

| BENEFICIARIOS | PORCENTAJE |
|---------------|------------|
| LOS DE LEY | 100 % |

La póliza fue formalizada con una periodicidad de pago mensual el 05/08/2024, y cancelada el día 05/08/2024. El último débito efectuado fue por \$127.100, el 09 de julio de 2024 y correspondió al periodo del 05/07/2024 al 05/08/2024.

Documento: Certificación de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739

DETALLE DE MOVIMIENTOS SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM

TIPO DE SEGURO : VIDA INTEGRAL PREMIUM
TITULAR : WILMER TORO MESA
CUENTA ASOCIADA : 404280-4475684301 EN MONEDA: PESO COLOMBIANO
NRO POLIZA : 052392464739 FECHA DE APERTURA: 05/06/2024

| PERIODO DE COBERTURA | | | | Valor | Fecha de Pago |
|----------------------|------------|----|------------|------------|---------------|
| DEL | 05/06/2024 | AL | 04/07/2024 | \$ 127.100 | 05/06/2024 |
| DEL | 05/07/2024 | AL | 04/08/2024 | \$ 127.100 | 09/07/2024 |
| IMPORTE COBRADO: | | | | \$ 254.200 | |

Documento: Certificación recaudo de primas de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739

Por lo mencionado de forma previa, es evidente que luego del 04 d agosto de 2024 no se realizó el pago de la prima correspondiente, por lo que no existía cobertura para la fecha del fallecimiento del señor WILMER TORO (Q.E.PD.) el 10 de agosto de 2024. Ello porque se incurrió en mora por concepto de prima y desde ese momento 5 de agosto de 2024, la póliza no contaba con cobertura alguna. Máxime cuando uno de los requisitos esenciales de los contratos de seguro son el pago de la prima. Entonces, si el asegurado no pagó la prima mensual por la Póliza contratada, no puede ahora valerse ahora la parte demandante de exigir una cobertura, por un hecho que incluso se haya excluido. Todo lo anterior, teniendo en cuenta que el 5 de agosto de 2024 se terminó unilateralmente la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739, por la mora en el pago de prima, mora que como se dijo, se dio desde el mes de agosto de 2024, en los términos del artículo 1068 del Código del Código de Comercio. Lo anterior, se acredita con la ilustración previa.

En conclusión, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no podría responder por la muerte accidental, como quiera que además de la patente falta de cobertura material por hecho expresamente excluido (como se verá en excepción siguiente), es evidente que se incurrió en mora que dio lugar a la terminación del contrato de seguro por mora en el pago de la prima. Por ausencia de pago del valor

de la prima para el mes de agosto de 2024 y siguientes, como se evidenció en los párrafos precedentes, todo ello al tenor de lo dispuesto en el artículo 1068 del Código de Comercio. En consecuencia, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohijada, por lo cual debe proceder la Honorable Delegatura a desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización con cargo a la póliza de seguro.

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DEL SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM NO. 00130316052392464739.

Es indispensable que el despacho tenga en consideración que la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739, contempla una vigencia desde el 05 de junio de 2024 hasta el 5 de junio de 2025. Empero, la cobertura solo se extendió hasta el 5 de agosto de 2024, fecha en la que el seguro terminó por mora en el pago de la prima y los hechos de la demanda indican que el señor WILMER TORO MESA falleció el 10 de agosto de 2024. Entonces, es evidente que para dicha calenda la póliza no brindaba cobertura y por consiguiente no hay lugar a imponer ninguna obligación a cargo de mi mandante por hechos que habrían ocurrido por fuera de la vigencia pactada.

Siendo consciente el legislador que en materia de derecho privado la voluntad de las partes resulta de gran trascendencia con el fin de convenir las cláusulas por las cuales se regirá el negocio que celebren, fue su voluntad plasmar de forma clara dicha libertad contractual en la normativa aplicable al contrato de seguro, es de esta forma que en el artículo 1056 del Código de Comercio dispuso:

“(…) Artículo 1056. Delimitación contractual de los riesgos: con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)”

Es posible vislumbrar en la mentada norma que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para delimitar los riesgos que decide asumir, ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica restringiendo temporalmente los hechos que pueden constituir eventualmente la ocurrencia del riesgo asegurado, en este sentido la Corte Suprema de Justicia ha expresado lo siguiente:

*“(...) se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, **le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente** los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales (...)”* (Subrayado y negrita fuera del texto original)⁵.

De conformidad con lo anterior, no cabe duda de que el convenio realizado por las partes del contrato de seguro en cuanto al traslado del riesgo, su límite temporal y material es aquel que se estipula en la caratula de la póliza y a partir de donde debe efectuarse el análisis jurídico para definir si existe o no cobertura de un seguro. Para el caso de marras Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739, inició el 5 de junio de 2024 y finalizó el 5 de agosto de 2024, por lo tanto, son claros los extremos temporales en los que prestó cobertura y sin mayor dificultad se estima que para el 10 de agosto de 2024, fecha del fallecimiento del Señor WILMER TORO MESA, la póliza objeto de la litis se hallaba extinta. Veamos:

⁵ Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

BBVA
Seguros

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nít. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) señor (a) **WILMER TORO MESA (Q.E.P.D)**, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. **9.692.574**, se encontraba asegurado(a) con la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. **052392464739**, amparado bajo las siguientes coberturas:

| AMPARO | VR. ASEGURADO |
|--|---------------|
| VIDA (Muerte Natural o Accidental) | \$150.000.000 |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (DESMEMBRACIÓN - INUTILIZACIÓN) | \$150.000.000 |
| ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO) | \$90.000.000 |
| INDEMNIZACIÓN ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL | \$150.000.000 |
| TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN VUELO | \$150.000.000 |
| REPATRIACIÓN | INCLUIDO |
| ASISTENCIA EN VIAJES INTERNACIONAL | INCLUIDO |

Los beneficiarios incluidos en la póliza fueron:

| BENEFICIARIOS | PORCENTAJE |
|---------------|------------|
| LOS DE LEY | 100 % |

La póliza fue formalizada con una periodicidad de pago mensual el 05/08/2024, y cancelada el día 05/08/2024. El último débito efectuado fue por \$127.100, el 09 de julio de 2024 y correspondió al periodo del 05/07/2024 al 05/08/2024.

Documento: Certificación de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739

En este orden de ideas, se concluye que no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto el hecho alegado en fallecimiento ocurre el 10 de agosto de 2024, de acuerdo con el registro de defunción, fecha que no se encuentra

dentro de la delimitación temporal convenida en la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739, razón por la cual no puede imponerse al asegurador la carga de asumir indemnizaciones por hechos que pudieron ocurrir por fuera de la vigencia expresamente pactada, siendo esta la razón principal para que este honorable despacho despache desfavorablemente las pretensiones de la demanda.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

3. SUBSIDIARIAMENTE FALTA DE COBERTURA MATERIAL AL ESTAR ANTE RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO EN LA PÓLIZA SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM NO. 00130316052392464739.

En primer lugar, es necesario indicar que si bien entre el señor WILMER TORO MESA y mi representada se suscribió una Póliza Seguro De Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, a fin de asegurar su vida y, que dentro de dicho aseguramiento se contempla el amparo de indemnización adicional por muerte accidental, lo cierto es que el contrato de seguro tiene unas condiciones particulares y generales que deben atenderse a fin de definir cualquier obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. En este orden de ideas, quedó demostrado que la muerte del asegurado se enmarca dentro de los riesgos expresamente excluidos de cobertura contemplados en el numeral 2.2. en el literal B, respecto de las exclusiones del amparo por muerte accidental y en esta medida no existe obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del C.Co., podrá a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los

parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio el cual reza:

ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“reiteró esta Corporación la necesidad de individualizar y determinar los riesgos que el asegurador toma sobre sí:

*<y que por lo tanto, en este campo rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas, “...El Art. 1056 del C de Com , en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado..”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio “que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, **quedan sin embargo excluidos de la protección que***

se promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional, luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida.....” (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar) (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ SC4574-2015 rad. n°. 11001-31-03-023-2007-00600-02)>>⁶. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2019, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.”

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 4527 -2020. Noviembre 23 de 2020

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»⁷ (Subrayado y negrilla en el texto original)

De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.*

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la

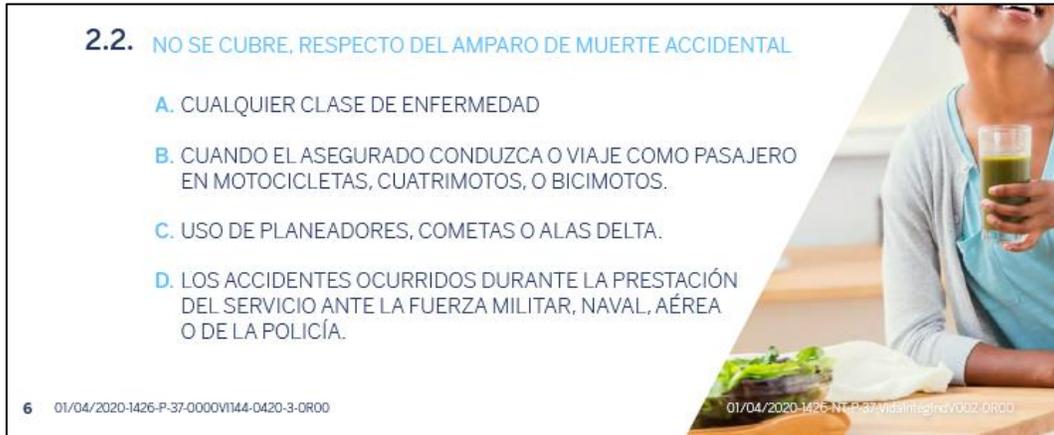
⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia. Expediente 2008-00193-01. Diciembre 13 de 2019.

voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados)⁸“. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que, en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo - causa sino a la relación riesgo - efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza Seguro De Vida Integral Premium No. 00130316052392464739, en sus condiciones generales señala la exclusión aplicable a este caso, por lo que no podrá condenarse a mi prohijada:

8 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.



Documento: Condicionado general de la Póliza Seguro De Vida Integral Premium No. 00130316052392464739

Así las cosas, debe tenerse en cuenta que i) el 10 de agosto de 2024 ocurrió un accidente de tránsito en el que se vio involucrado el señor WILMER TORO MESA como conductor de una motocicleta, de conformidad con el IPAT No. 20750000 y ii) de acuerdo con el registro de defunción del señor WILMER TORO MESA, él falleció el 10 de agosto de 2024. Por lo tanto, se configura la situación fáctica descrita en el numeral 2.2. del literal B, evento en el que la Póliza de seguro no cubre materialmente el suceso, pues no hay discusión que la muerte del asegurado tuvo como consecuencia las graves lesiones que se le causaron en el accidente donde él conducía una motocicleta.

En conclusión, es cierto que la ley le confiere al asegurador la libertad de asumir determinados riesgos, luego si los eventos excluidos de cobertura se acreditan, lo cierto es que no es posible imponer obligación alguna. En esa medida está probado que el señor WILMER TORO (Q.E.P.D.) conducía una motocicleta de placa THW319, que el día 10 de agosto de 2024, mientras realizaba dicha actividad riesgosa sufrió un accidente aproximadamente a las 11:30 am, fue remitido a la clínica Codazzi SERMULTISALUD y, a las 3:30 pm de ese mismo día falleció. En síntesis, se configura la exclusión del numeral 2.2. del literal B previamente mencionada, en la que no podrá existir reconocimiento por parte del Asegurador. Ello a la luz de las disposiciones del contrato de

seguro y por ende el delegado con funciones jurisdiccionales no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tal exclusión. En consecuencia, deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

Por lo anteriormente expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

4. CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN – EFICACIA DE LA DISPOSICIÓN CONTRACTUAL QUE CONTIENE LAS EXCLUSIONES DE COBERTURA PACTADAS

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. informó de las exclusiones de la Póliza Seguro De Vida Integral Premium No. 00130316052392464739 y en consecuencia cumplió con su deber de información con el señor WILMER TORO MESA. Lo que se demuestra con su doble firma impuesta en la solicitud del seguro. Adicionalmente, todo el acervo probatorio apunta a que el accionante suscribió de manera libre e informada el contrato de seguro. Al asegurado le fue informado con suficiencia el contenido del su seguro, así como le fue remitida copia de este. En consecuencia, no existe una conducta desleal o desinformada, pues, se actuó legítimamente y no en desmedro de los derechos del asegurado, como lo pretender ver la parte demandante.

En tal sentido, es menester señalar que mi prohijada no desplegó ninguna conducta contraria a derecho en las etapas contractuales. Es por ello, que es necesario traer a colación lo establecido por la Ley 1480 de 2011 referente a los derechos del consumidor:

“ARTÍCULO 3o. DERECHOS Y DEBERES DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS. Se tendrán como derechos y deberes generales de los consumidores y usuarios, sin perjuicio de los que les reconozcan leyes especiales, los siguientes:

Derechos: (...)

1.3. Derecho a recibir información: Obtener información completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea respecto de los productos que se ofrezcan o se pongan en circulación, así como sobre los riesgos que puedan derivarse de su consumo o utilización, los mecanismos de protección de sus derechos y las formas de ejercerlos. (...)"

En este punto, es importante indicar que la Compañía Aseguradora suministró la información y a sus familiares ha venido dando respuesta de forma clara, oportuna, coherente y completa. Ahora bien, mi representada no ha desplegado ninguna conducta arbitraria, puesto que, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. recibió pagos a los que tenía derecho como consecuencia del negocio asegurativo celebrado con el asegurado. Este actuar demuestra el compromiso de la aseguradora con el cumplimiento de los términos contractuales y la protección de los derechos del asegurado, respetando así el principio de autonomía de la voluntad y garantizando la transparencia y equidad en sus operaciones.

Por otro lado, el artículo 6 de la ley 1328 de 2009, señala:

Artículo 6°. *Prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:*

- a) Cerciorarse si la entidad con la cual desean contratar o utilizar los productos o servicios se encuentre autorizada y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.*

- b) Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto*

o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le permitan la toma de decisiones informadas.

c) Observar las instrucciones y recomendaciones que imparta la entidad vigilada sobre el manejo de productos o servicios financieros.

d) Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos.

e) Informarse sobre los órganos y medios de que dispone la entidad para presentar peticiones, solicitudes, quejas o reclamos.

f) Obtener una respuesta oportuna a cada solicitud de producto o servicio.

Parágrafo 1°. *El no ejercicio de las prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros no implica la pérdida o desconocimiento de los derechos que le son propios ante las entidades vigiladas y las autoridades competentes. De igual manera, no exime a las entidades vigiladas de las obligaciones especiales consagradas en la presente ley respecto de los consumidores financieros.*

Parágrafo 2°. *Los consumidores financieros tendrán el deber de suministrar información cierta, suficiente y oportuna a las entidades vigiladas y a las autoridades competentes en los eventos en que estas lo soliciten para el debido cumplimiento de sus deberes y de actualizar los datos que así lo requieran. Del mismo modo, informarán a la Superintendencia Financiera de Colombia y a las demás autoridades competentes sobre las entidades que suministran productos o servicios financieros sin estar legalmente autorizadas para ello.*

Entonces, se evidencia que existen obligaciones del consumidor financiero y denota que el asegurado WILMER TORO MESA tenía múltiples seguros, lo que deja ver que era un consumidor

financiero calificado, es decir para él no era desconocido dicho trámite, pues no era la primera vez que contrataba. En el caso concreto, se probó que al momento de tomar la Póliza el señor WILMER TORO MESA actuó de manera libre y voluntaria. Entendiéndose entonces que el contrato de seguro objeto de litis es plenamente válido y que de él emanan obligaciones de pago a cargo de la demandante, pues recuérdese que dentro de las pruebas allegadas al proceso, se observa la Solicitud de Seguro de Vida Integral Premium, la cual se encuentra debidamente firmada por parte del señor TORO MESA. Tanto es así dispuso su firma dos (2) veces en dicha solicitud, y una de ellas concierne a la afirmación de haber suscrito el documento como constancia de aceptación del seguro, así como de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa:

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1561 de 2012.

Declaro que no tengo recursos, ni de actividad lícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verdicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean de acuerdo con el artículo 1058 del Código de comercio

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato"

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi conyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No _____ o a cualquier otro depósito de dinero que tengo en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida

La póliza a la que accede la presente declaración, se renueva automáticamente a la finalización de la vigencia inicial y/o renovaciones. Si no quiere optar por esta opción por favor marque la siguiente casilla:

Edad mínima de Ingreso: 18 años. Edad máxima de Ingreso: Un día antes de cumplir 65 años. Permanencia: Hasta un día antes de cumplir 70 años.
Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Edad Máxima de Ingreso y permanencia: hasta un día antes de cumplir los 65 años.

Wilmer Toro Mesa
Firma del Solicitante

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

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

Como constancia se aprueba y firmo en la ciudad de Bogotá el 05 del mes de Junio de 2014

Wilmer Toro Mesa *BBVA*
Firma del Solicitante Firma Autorizada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT.800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 9 # 72 - 21, Piso B Teléfono 2191100

Documento: Solicitud de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739

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

negrilla por fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, se constata que efectivamente el señor WILMER TORO conoció del seguro de vida integral en todas sus condiciones, pues su doble firma lo constata. Ahora, aun cuando la demandante pretende justificar que su familiar WILMER no conocía de la exclusión 2.2. *NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL: (...) B) CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS*, aquel declaró haber leído los documentos por él firmados e incluso le fueron explicados por la persona que asesora, siendo invalido el sustento de falta de información al él conducir una motocicleta para transportarse, pues lo cierto es que más allá de ser eso una afirmación en su favor, demuestra un claro incumplimiento a las conductas de mínima diligencia y buenas prácticas del consumidor financiero, en tanto que, la afirmación de los hoy demandantes no puede ser una razón legítima para desvirtuar la validez del contrato. Pues, al firmar la Solicitud de Seguro de Vida Integral Premium aceptó lo que en ella estaba plasmado. Configurándose entonces de manera efectiva la suscripción del contrato de seguro.

En conclusión, las declaraciones de la parte demandante concernientes a la invalidez del contrato de seguro y su voluntad viciada, y al mismo tiempo la solicitud de validez para que se les indemnice queda en un simple enunciado huérfano de prueba, en tanto no existe soporte para demostrar tal circunstancia, máxime cuando en el plenario obran documentales que cuentan con su firma, la cual afirma haber impuesto en los mismos. En dos oportunidades, una con el fin de firmar la declaración de asegurabilidad para solicitar a mi representada que ampare los riesgos convenidos, y la otra con el objetivo de afirmar que fue informada de forma clara y completa sobre los elementos del contrato, de modo que queda suficientemente probado que el señor WILMER TORO MESA recibió la información a conformidad, conoció de los amparos y exclusiones, contratando la póliza de forma libre y voluntaria y, no existió conducta arbitraria como lo alega la parte demandante, pues la Compañía Aseguradora cumplió con su deber de informar y ha respondido cada derecho de petición radicado por sus familiares, salvaguardando el derecho a la información que les asiste.

En este sentido, la honorable Delegatura no tiene otra alternativa diferente que negar las pretensiones de la demanda y declarar probada esta excepción.

5. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA DE JUDITH PALLARES LOPEZ, NO HA PROBADO SU CALIDAD DE COMPAÑERA PERMANENTE.

Formulo la presente excepción, atendiendo a que en el presente caso no existe prueba idónea que acredite la relación afectiva filial de la demandante JUDITH PALLARES LOPEZ con el fallecido WILMER TORO MESA. Lo anterior, toda vez que la accionante solicita el reconocimiento de dinero a título de compañera permanente del occiso, sin acreditar de manera idónea tal situación. Lo anterior, puesto que como lo indicaré a profundidad más adelante, la ley y la jurisprudencia han establecido cuáles son las pruebas idóneas para acreditar dicha relación, sin que ninguna de las enunciadas legalmente se encuentre en este expediente para probar dicho vínculo.

En este punto es importante recordar que obligación de acreditar la calidad en que se actúa en determinada actuación judicial, está relacionada con la legitimación en la causa, concepto que ha sido definido ampliamente por la jurisprudencia, como aquella titularidad de los derechos de acción y contradicción. La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado sobre esta categoría jurídica lo siguiente:

*“La prosperidad de la pretensión depende, entre otros requisitos según la jurisprudencia de esta Sala, de que «se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado (...). Si **el demandante no es titular del derecho que reclama** o el demandado no es persona obligada, **el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél**, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien*

no es poseedora⁹. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En mérito de lo expuesto, se advierte que la legitimación en la causa es un presupuesto sustancial de la sentencia de fondo en tanto permite establecer si al sujeto reclamante le asiste titularidad con el derecho pretendido. De manera que para que se predique su existencia, el sujeto que comparece al proceso debe comprobar la titularidad para reclamar el interés jurídico que se debate en el proceso, de lo contrario sus pretensiones están llamadas al fracaso.

Del anterior análisis jurisprudencial y del estudio realizado al acervo probatorio del proceso, se advierte la ausencia de legitimación en la causa por activa de JUDITH PALLARES LOPEZ, puesto que al interior del plenario no obra prueba idónea que acredite la relación afectiva de la demandante con el señor WILMER TORO MESA. En este orden de ideas, al no existir prueba idónea de tal calidad no resulta procedente el reconocimiento de ningún emolumento pretendido por la demandante. Al respecto, se resalta que la Ley 979 de 2005 estableció los medios de prueba pertinentes para acreditar la existencia de la unión marital de hecho y en este sentido, la condición de compañero/a permanente, los cuales se restringen a los establecidos en el artículo en mención:

“ARTÍCULO 2. El artículo 4 de la Ley 54 de 1990, quedará así:

Artículo 4. La existencia de la unión marital de hecho entre compañeros permanentes, se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos:

- 1. Por escritura pública ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes.*
- 2. Por Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido.*
- 3. Por sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los Jueces de Familia de Primera Instancia.”*

⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC 6279-2016. Noviembre 11 de 2016.

Sin embargo, en este caso no existe prueba idónea de la cual se puede derivar la existencia de la unión marital de hecho entre JUDITH PALLARES LOPEZ y el señor WILMER TORO MESA. Por lo tanto, la señora JUDITH PALLARES LOPEZ no está legitimada en la causa para ejercer la acción que nos ocupa, por no demostrar la relación afectiva que pretende hacer valer en este proceso. Razón por la cual, no es jurídicamente procedente declarar indemnización alguna a su cargo, por los hechos de este litigio.

En conclusión, al interior de este proceso no resulta jurídicamente procedente condenar a la parte demandada al reconocimiento de suma alguna a favor de JUDITH PALLARES LOPEZ, puesto que es claro que la demandante no está legitimada en la causa por activa para ejercer la presente acción. En tanto, en el expediente no obra prueba idónea de la calidad de compañera permanente que asegura haber tenido con el señor WILMER TORO MESA. En tal virtud, al no encontrarse prueba que acredite la relación afectivo filial de la demandante con el fallecido, las pretensiones necesariamente deberán ser denegadas.

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

6. SUBSIDIARIAMENTE, DEBERÁ TENERSE EN CUENTA LA NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA

Es fundamental que la Delegatura tome en consideración que en el caso se llegare a demostrar que el señor WILMER TORO MESA, tenía antecedentes de salud que no fueron declarados a la compañía al momento de tomar el seguro y que ellos resultaban relevantes para el asegurador porque podría variar la consecuencia negocial, entonces deberá declararse la nulidad relativa por reticencia. Esto porque el asegurado, WILMER TORO MESA se convierte en reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de sus aseguramientos, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus

padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado y, que de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar estos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas con ella.

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” .¹⁰ (Subrayado fuera del texto original)

En el presente caso, de demostrarse que el señor WILMER TORO MESA padecía alguna

¹⁰ BECERRA, Rodrigo. Nocións Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

enfermedad o síntomas y negó estos en la etapa precontractual no puede atribuírsele un riesgo a mi representada. 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 el 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 la asegurada omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la Aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia 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.”¹¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía***

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.

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.”
¹²(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

¹² 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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.¹³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

No obstante y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del 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***

¹³ 4 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001- 22-14-000-2019-00181-01.

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.**

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

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. La Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739 se formalizó el 5 de junio de 2024, fecha para la cual se le realizó cuestionario e indagación por parte del asesor con preguntas redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido y, pese a ello, el señor WILMER TORO MESA negó cualquier enfermedad o padecimiento de salud.

En este sentido, una negativa de su estado de salud constituye lógicamente a concluir un estado óptimo que de ser una falta a la verdad 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 sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar estos, o por lo menos, los hubiera inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos.

Tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor WILMER TORO MESA, se evidenciará que existieron padecimientos de salud previos a la solicitud del aseguramiento.

En conclusión, el señor WILMER TORO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión su contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el accionante niega en el momento la solicitud, de ser conocidas por mi mandante, esta se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más

onerosas en él. En consecuencia, teniendo en cuenta la omisión de enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor WILMER TORO suscribió su declaratoria de asegurabilidad.

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

7. SUBSIDIARIAMENTE, EN CASO DE DECLARARSE LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que en el presente caso, si hay lugar a la declaratoria de nulidad relativa, se debe 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, por lo que no hay lugar a devolución alguna como lo solicitó la demandante. 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 WILMER TORO MESA fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros, esto es, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues 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.

8. SUBSIDIARIAMENTE, DE NINGUNA MANERA SE PODRÁ SUPERAR EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia 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.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”²⁶ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante, y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda en razón de la porción de riesgo asumido, que en este caso resulta ser la siguiente, para los amparos que a continuación se relacionan:

| AMPAROS | | VALOR ASEGURADO |
|---|--------------------------|----------------------------|
| VIDA BÁSICO | | \$150.000.000 |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN E INUTILIZACIÓN | | \$150.000.000 |
| ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO) | | \$90.000.000 |
| INDEMNIZACIÓN ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL | | \$150.000.000 |
| TRIPLE INDEMNIZACIÓN MUERTE ACCIDENTAL EN VUELO | | \$150.000.000 |
| REPATRIACION | | INCLUIDO |
| ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL | | INCLUIDO |
| Modo de Pago: TARJETA DE CREDITO | Prima Anual: \$1.525.200 | Prima Periódica: \$127.100 |
| BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO | | |

Documento: Póliza de Seguro Vida Integral Premium No.
052392464739

De conformidad con el texto transcrito, las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a sus condiciones particulares y generales, con sujeción a los límites asegurados y a la

demostración (por parte del beneficiario) del perjuicio alegado y su cuantía, siempre y cuando no se configure una causal legal o convencional de inoperancia del contrato de seguro.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado, y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas, en todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el despacho en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

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).

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1.** Copia de la Solicitud de Seguro de Vida Integral Premium suscrito por WILMER TORO MESA.

- 1.2. Póliza de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739
- 1.3. Condicionado general y particular del Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739
- 1.4. Certificado de Póliza de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739
- 1.5. Certificación del movimiento de primas de la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a los demandantes JUDITH PALLAREZ LOPEZ y JHON JAIRO TORO PAEZ, 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. Los demandantes podrán ser citados en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. 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 exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Seguro de Vida Integral Premium No. 00130316052392464739.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer 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 se procede en las solicitudes de este tipo de seguro, la asesoría que se brinda, entre otras. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho de cara al deber de información del contrato de seguro comentado en este litigio.

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

- 4.2. Solicito se sirva citar a la Doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. La Doctora **AGUDELO** podrá ser citada en la Calle 13 No. 10 -22, apartamento 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico mcamilagudelo@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LOS ACCIONANTES** para que exhiba la Historia Clínica de WILMER TORO MESA desde 2010 hasta 2024, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la asegurada sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de su seguro Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739, y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder de la parte accionante ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que recibió su familiar.

6. OFICIOS.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, y teniendo en cuenta que se desconoce la EPS o IPS a la que se encontraba afiliado o que le prestasen los servicios de salud al señor WILMER TORO MESA. Por ello se solicitó la exhibición a la parte demandante de la HISTORIA CLINICA quienes tienen mayor cercanía con la prueba. Entonces una vez conocidas las entidades prestadoras de los servicios de salud:

Comedidamente ruego se oficie a estas para que se sirvan remitir la HISTORIA CLINICA conocer el estado de salud previo del señor WILMER TORO MESA, previo a la contratación del seguro Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392464739, y en este sentido conocer íntegramente la Historia Clínica del señor WILMER TORO MESA, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2024.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no ha sido 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 se desconoce la EPS o IPS del señor WILMER TORO MESA, y de conocerla sería negativa al ser documento sometido a reserva legal.

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor WILMER TORO MESA, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad.

7. DICTAMEN PERICIAL

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 SA las patologías del señor WILMER TORO MESA, se hubiera retraído de otorgar el amparo, o por lo

menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y médica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular los contratos de seguros materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar los cuatro contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en los mismos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso.

Término que deberá iniciar una vez decretado, ya que 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 pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia, teniendo en cuenta que no ha sido posible obtener la historia clínica, dado que se desconoce la EPS o IPS del señor WILMER TORO MESA, y de conocerla sería negativa al ser documento sometido a reserva legal. 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.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al Despacho, proceder de conformidad.

VI. ANEXOS

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

VII. NOTIFICACIONES

- La parte demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.
- 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. y a la dirección electrónica: judicialesseguros@bbva.com
- El suscrito en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201 o en la dirección electrónica:

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.