

Señores

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**  
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES.

[jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co](mailto:jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.  
**RADICADO:** 2024180524  
**EXPEDIENTE:** 2024-26273  
**DEMANDANTE:** MONICA ALEXANDRA VIDAL GONZALEZ  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**

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

**CAPITULO I**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**FRENTE AL HECHO PRIMERO:** Es cierto que la señora Ligia González Castañeda fue asegurada en virtud de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673 expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., que amparaba el riesgo de muerte frente la obligación No. 0013-0158-65-9620413062. Sin embargo, debe advertirse desde este momento que el contrato de seguro en mención debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la asegurada fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual, pues no declaró que padecía de hipertensión arterial desde febrero de 2005. Circunstancia que de haber sido conocida por mi mandante la hubieren retraído de celebrar dicho contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en

éste.

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

No obstante, se advierte desde este momento que no podrá afectarse el amparo de vida de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673, como quiera que el mismo debe declararse nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la asegurada fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual, pues no declaró que padecía de hipertensión arterial desde febrero de 2005. Circunstancia que de haber sido conocida por mi mandante la hubieren retraído de celebrar dicho contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en éste.

**FRENTE AL HECHO TERCERO:** Si bien es cierto lo que se manifiesta en el presente hecho. Debe considerarse que, en la caratula de la póliza también se encuentra la Clausula Sexta – Declaración Inexacta o Reticente, la cual informa expresamente que el asegurado está obligado a declarar sinceramente las circunstancias que determinan el estado del riesgo (su salud), según el cuestionario suministrado por la compañía asegurado al momento de realizar el perfeccionamiento de su póliza y que si se incurre a la inexactitud sobre los hechos o circunstancias por parte del asegurado producen la nulidad relativa del contrato de seguro. Tal y como se muestra a continuación:

**CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

En ese sentido, resulta claro que no podrá afectarse el amparo de vida de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673, como quiera que el mismo debe declararse nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la asegurada fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual, pues no declaró que padecía de hipertensión arterial desde febrero de 2005. Circunstancia que de haber sido conocida por mi mandante la hubieren retraído de celebrar dicho contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en éste.

**FRENTE AL HECHO CUARTO:** No es cierto lo que se manifiesta en el presente hecho. Quien es el tomador de la póliza que se menciona es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., que ampara el riesgo de Vida (Muerte por cualquier causa) de la asegurada LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) y por lo cual el beneficiario oneroso y principal es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. Igualmente, debe considerarse que el contrato de seguro debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la asegurada fue reticente al no declarar su real estado de salud. Para la fecha del 21 de julio de 2020 en que se suscribió la declaración de asegurabilidad por esta póliza la demandante ya conocía que padecía de HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Losartan. En ese sentido, el contrato se encuentra viciado de nulidad relativa teniendo en cuenta que la aseguradora creyó estar asegurando a una persona en buen estado de salud, cuando realmente estaba asegurando a una persona con enfermedades graves.

**FRENTE AL HECHO QUINTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante de la petición de información a la que se hace referencia pues se trata de circunstancias totalmente

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

**FRENTE AL HECHO SEXTO:** Es cierto, que el 18 de mayo de 2024 la solicitud de indemnización fue objetada porque de acuerdo con la Historia Clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), fue posible establecer que padecía de hipertensión arterial desde el 2005. Sin embargo, esta circunstancia no fue puesta de presente para el momento en que la señora González solicitó su aseguramiento. En ese sentido es claro que no podrá afectarse el amparo de vida de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673, como quiera que el mismo debe declararse nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la asegurada fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual, pues no declaró que padecía de hipertensión arterial desde febrero de 2005. Circunstancia que de haber sido conocida por mi mandante la hubieren retraído de celebrar dicho contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en éste.

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

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

**FRENTE AL HECHO NOVENO:** Es cierto que el 22 de noviembre de 2024 se presentó solicitud de indemnización ante mi representada. Así mismo, esta fue objetada nuevamente el 5 de diciembre de 2024,

porque de acuerdo con la Historia Clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), fue posible establecer que padecía de hipertensión arterial desde el 2005. Sin embargo, esta circunstancia no fue puesta de presente para el momento en que la señora González solicitó su aseguramiento. En ese sentido es claro que no podrá afectarse el amparo de vida de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673, como quiera que el mismo debe declararse nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la asegurada fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual, pues no declaró que padecía de hipertensión arterial desde febrero de 2005. Circunstancia que de haber sido conocida por mi mandante la hubieren retraído de celebrar dicho contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en éste.

**FRENTE AL HECHO DECIMO:** Es cierto, respecto a la solicitud de indemnización presentada ante mi representada fue objetada el 05 de diciembre de 2024, porque de acuerdo con la Historia Clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), fue posible establecer que padecía de hipertensión arterial desde el 2005. Sin embargo, esta circunstancia no fue puesta de presente para el momento en que la señora González solicitó su aseguramiento. En ese sentido es claro que no podrá afectarse el amparo de vida de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673, como quiera que el mismo debe declararse nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la asegurada fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual, pues no declaró que padecía de hipertensión arterial desde febrero de 2005. Circunstancia que de haber sido conocida por mi mandante la hubieren retraído de celebrar dicho contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en éste.

**FRENTE AL HECHO DECIMO PRIMERO:** No es cierto que a la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) no se le hubiera suministraron la información necesaria por parte de los funcionarios del BANCO BBVA los formularios o solicitudes de seguro de vida única y exclusivamente pues esto ocurrió de manera libre y voluntaria, de tal suerte que en el documento de la solicitud/certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673 que está debidamente firmado el 21 de julio de 2020, obra la doble firma de la asegurada, en señal de aceptación de dos cosas **(i)** la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y **(ii)** la certificación de que recibió la información respecto a los productos adquiridos, esto es el seguro deudor: veamos:

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas. [www.bbvaseguros.com.co](http://www.bbvaseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

Firma del Solicitante

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.

Para constancia se firmó en Bogotá a los 21 días del mes de JULIO de 2020

Firma del Solicitante

Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00  
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80  
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria bbvacolombia@bbva.com.co

**DOCUMENTO:** Solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673.

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

Ahora, tampoco al cierto que a la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673 que está debidamente firmado el 21 de julio de 2020, se dejó expresa anotación indicando que “el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página [www.bbvaseguros.com.co](http://www.bbvaseguros.com.co)”. Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad.

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

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

**FRENTE AL HECHO DECIMO SEGUNDO:** No es cierto, la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) fue la que diligencio los formularios o solicitudes de seguro de vida única y exclusivamente pues, de tal suerte que en el documento de la solicitud/certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673 está debidamente firmado el 21 de julio de 2020, la doble firma de la asegurada: veamos:

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas. [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://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 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.

Para constancia se firmó en Bogotá a los 21 días del mes de JULIO de 2020

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

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00  
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80  
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: [deldefensoria.bbva.com](mailto:deldefensoria.bbva.com)

**DOCUMENTO:** Solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673.

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

Sin perjuicio de lo anterior, LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Por el contrario, respondió negando todas las preguntas que se encuentran en el formulario de asegurabilidad. De modo que no puede pretenderse convalidar la reticencia del entonces asegurado indicando que no fue advertido sobre la relevancia de sus condiciones de salud, cuando los mismos documentos son claros en indicar que recibió la información del producto de forma clara y aun así diligenció libremente la información contenida en esas solicitudes.

**FRENTE AL HECHO DECIMO TERCERO:** No es cierto, en la declaración de asegurabilidad entregada a la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) se encuentra expresamente la pregunta: “¿ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?”. Tal y como se muestra a continuación:

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			Si	No
Estatura	1.65 cms	Peso	77 Kg	
¿ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				X
¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				X
¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿sufre alguna incapacidad física o mental?				X
¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.				X
¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				

**FRENTE AL HECHO DECIMO CUARTO:** Es cierto, teniendo en cuenta que, de acuerdo con la Historia Clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), fue posible establecer que padecía de hipertensión arterial desde el 2005. Sin embargo, esta circunstancia no fue puesta de presente para el momento en que la señora González solicitó su aseguramiento. En ese sentido es claro que no podrá afectarse el amparo de vida de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673, como quiera que el mismo debe declararse nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la asegurada fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual, pues no declaró que padecía de hipertensión arterial desde febrero de 2005. Circunstancia que de haber sido conocida por mi mandante la hubieren retraído de celebrar dicho contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en éste.

## II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurada la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) suscribió la declaratoria de asegurabilidad.

### A) FRENTE A LAS PRETENSIONES PRINCIPALES:

**FRENTE A LA PRETENSÓN PRIMERA: ME OPONGO** a que se proceda con el reconocimiento y con ello el pago de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673, que ampara la obligación crediticia ante mencionada, pues, dicho contrato de seguro deberá ser declarado nulo, comoquiera que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada

hubiera conocido de los antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Losartan que padecía la señora Ligia Gonzalez Castaneda (Q.E.P.D) con anterioridad a el perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en éste. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora Ligia González Castaneda (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedidas por mi representada, como quiera que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes. Sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Losartan que padecía la señora Ligia González Castaneda (Q.E.P.D) con anterioridad a el perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora Ligia González Castaneda (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA:** En efecto, me opongo a la séptima pretensión elevada por la parte Demandante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho.

**B) FRENTE A LAS PRETENSIONES SUBSIDIARIAS:**

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto no es procedente declarar a mi representada contractualmente responsables por no haber diligenciado en debida forma la solicitud "Solicitud/certificado individual seguro de vida grupo deudores consumo y comercial" de la señora Ligia González Castaneda (Q.E.P.D), en tanto como se demostró en líneas anteriores, no es cierto que a la señora Ligia González Castaneda (Q.E.P.D) no se le hubiera suministraron la información necesaria por parte de los funcionarios del Banco BBVA para poder diligenciar los formularios o solicitudes de seguro de vida única y exclusivamente pues esto ocurrió de manera libre y voluntaria, de tal suerte que en el documento de la solicitud/certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673 que está debidamente firmado el 21 de julio de 2020, obra la doble firma de la asegurada, en señal de aceptación de dos cosas **(i)** la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y **(ii)** la certificación de que recibió la información respecto a los productos adquiridos, esto es el seguro deudor: veamos:

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas, [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://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.

Para constancia se firma en Bogotá a los 21 días del mes de JULIO de 2020

Firma de Solicitante

Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00  
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80  
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: [defensoria.bbva@colombia.bbva.com.co](mailto:defensoria.bbva@colombia.bbva.com.co)

**DOCUMENTO:** Solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673.

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

Ahora, tampoco al cierto que a la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) no se le

hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673 que está debidamente firmado el 21 de julio de 2020, se dejó expresa anotación indicando que “el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página [www.bbvaseguros.com.co](http://www.bbvaseguros.com.co) ”. Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA:** Es importante manifestar que, esta pretensión no es clara, en cuanto que la parte demandante relaciona un nombre que nada tiene que ver con el presente proceso. Igualmente, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes argumentos:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedidas por mi representada, como quiera que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Losartan que padecía la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) con anterioridad a el perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA:** En efecto, me opongo a la séptima pretensión elevada por la parte Demandante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi

representada y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho.

### III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

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

En primer lugar, no podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedidas por mi representada, como quiera que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Losartan con anterioridad a los perfeccionamientos de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

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

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

#### IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

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

En el presente asunto debe tenerse en consideración, que la asegurada, la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son HTA (hipertensión arterial) en tratamiento farmacológico con Losartan. Enfermedades que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

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

**de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**<sup>1</sup>. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el*

*argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”<sup>2</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>3</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

*En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia*

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

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

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

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

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

<sup>4</sup> 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.

**la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual la Asegurada solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad a el mes de julio de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas de la entonces asegurada y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- Declaración de asegurabilidad del 21 de julio de 2020. Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000013673

**BBVA** SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO  
Seguro M026300110236201719620413062

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DE DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL No.

Amparos: Vida, Incapa.

Fecha contabilización del crédito	Oficina <b>Unico Reservado</b>	Ciudad <b>Bogotá</b>
Tomador/Beneficiario <b>BBVA COLOMBIA S.A.</b>	C.C o NIT: <b>860.003.020-1</b>	Vigencia desde

**Datos del Asegurado**

Nombres y Apellidos <b>Ligia González Castañeda</b>	Identificación <b>CC 41.314.72</b>	Edad <b>65</b>
Dirección <b>Carrera 157 31-50 P.H.301</b>	Teléfono <b>3134233788</b>	Ciudad <b>Bogotá</b>
Fecha de nacimiento <b>1955-01-09</b>	Genero <b>M</b>	Ocupación/Profesión <b>Jubilado</b>

**Datos del Seguro**

Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual \$	Periodicidad	Vr. Prima Total \$		

**Beneficiarios del Seguro**

Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

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

**Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)**

Eslatura <b>1.65</b> cms	Peso <b>77</b> Kg	Si	No
¿ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿sufre alguna incapacidad física o mental?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.			<input checked="" type="checkbox"/>
¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			<input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

\* Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

**"Documento: Declaración de asegurabilidad de julio de 2020."**

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

Ahora bien, obsérvese de la historia clínica de titularidad de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) los siguientes diagnósticos y antecedentes que respaldaron el análisis de deficiencias anteriormente descrito:

- HTA (HIPERTENSIÓN ARTERIAL)

**MEDICOS ASOCIADOS S.A.**  
PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

**PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL ADULTO MAYOR (> DE 45 AÑOS DE EDAD)** 3

1. Identificación FECHA 01/02/05

Apellidos y Nombres Ligia González

Carnet \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  Documento de Identificación 41731452

Fecha de Nacimiento 9/01/55 Edad 50 Estado Civil Casada

Programa  FFNN  COLPUERTOS  FER  COLPATRIA  CAJANAL  OTRO

Dirección Avenida Cra 15 No 114-63 Teléfono 6121318

2. ANTECEDENTES

A). Personales

Patológicos Hipertensión arterial Histerectomía Nieja

Hipotiroidismo Hospitalarios Traumáticos

**“Descripción del documento:** Documento expedido por MEDICOS ASOCIADOS S.A, con fecha del 01/02/05 el cual identifica a la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) y le establece como antecedentes de ese día HIPERTENSION ARTERIAL.”

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que al menos desde el año 2005, la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) padecía de HTA (hipertensión arterial) y así lo indica la historia clínica en donde se refleja las conclusiones. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Hipertensión Arterial no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, en donde se observa claramente registro de Hipertensión, lo que indiscutiblemente significa, que la asegurada sufría de esta patología hace varios años atrás, y aun así, no la puso de presente en los cuestionarios de salud que firmó. Como se observa:

<b>Responsable:</b> LIGIA 1 GONZALEZ CASTAÑEDA		<b>Teléfono:</b> 2503436		<b>Parentesco:</b> Otro	
<b>SEDE DE ATENCIÓN:</b> 003 CLINICA FUNDADORES			<b>Edad:</b> 59 AÑOS		
<b>FOLIO</b>	<b>3</b>	<b>FECHA</b>	<b>12/01/2014 11:08:24</b>	<b>TIPO DE ATENCION</b>	<b>URGENCIAS</b>
<b>TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)</b>					
DOLOR ABDOMINAL CON VOMITO Y DIARREA -					
<b>OBSERVACIONES</b>					
PACIENTE REFIERE DIARREA LIQUIDA, FETIDA, NO MOCO NI SANGRE, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS, NO SINTOMAS ADICIONALES, CON EVOLUCION DE 3 DIAS, NO SIGNOS DE DHT NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL MOMENTO.					
<b>ANTECEDENTES: HTA</b>					
ALERGIAS: NIEGA					
SE ENTREGA TERMOMETRO					
<b>CLASIFICACION TRIAGE:</b> 3 TRIAGE III					
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora Toma: 11:16:44					
TAS.	TAD.	FC.	FR.	Temp.	Via Toma
mm.Hg.	mm.Hg.	Media	x Min. x Min.	oC	Temp.
141	84	103	72 14	36,20	Axilar
Glasgow Ramsay		Richmond Rass	Escala dolor	Tipo escala de dolor	
15	0	0	4	ADULTO	
<b>PIEL:</b> NORMAL		<b>RESPIRATORIO:</b> NORMAL		<b>% SATURACION O.2.:</b> 93	
<b>NEUROLOGICO:</b> Alerta					

**Documento:** Historia Clínica.

**Transcripción de la parte esencial:** FECHA: 12/01/2014; ANTECEDENTES: HTA

		SERVIMED IPS S.A. AUTO NORTE 104A-55 Tel.:3902080 Nit.:830027558-7 HISTORIA CLINICA MEDICINA		
<b>Paciente:</b>	GONZALEZ CASTANEDA LIGIA	<b>Documento:</b>	CC 41731452	
<b>Fecha de atención:</b>	03/03/2015 08:40:48 AM	<b>Fecha salida de atención:</b>	03/03/2015 08:48:47 AM	
<b>Edad:</b>	60 A, 1 M, 25 D	<b>Sexo:</b>	Femenino	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	09/01/1955	<b>Estado civil:</b>	Soltera	
<b>Lugar de Residencia:</b>	BOGOTA	<b>Ocupación:</b>	JUBLADA	
<b>Dirección:</b>	AV CR 15 N 112 -63	<b>Teléfonos:</b>	6121318	
<b>Entidad:</b>	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A	<b>Contrato:</b>	FERROCARRILES PAC	
<b>RH:</b>		<b>Tipo de Usuario:</b>	BENEFICIARIO	
<b>Religión:</b>		<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Nivel educativo:</b>		<b>Correo electrónico</b>	nn@hotmail.com	
<b>Discapacidad:</b>	Ninguna	<b>¿Aprobó Uso de Datos?</b>	NO	
<b>DATOS DEL RESPONSABLE</b>				
<b>Nombre:</b>	MONICA VIDAL			
<b>Teléfono:</b>	3014307378			
<b>Parentesco:</b>	HIJO			
<b>MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL</b>				
<b>Motivo consulta:</b>	"CONTROL"			
<b>Enfermedad Actual:</b>	PROCEDENTE DE MEDICOS ASOCIADOS ANTECEDENTE DE HTA ASINTOMATICA DESDE EL PUNTO DE VISTA CARDIOVASCUAL.EN TTO OCN ENALAPRIL 20X1.SOLICITA CONTROL			

**Documento:** Historia Clínica.

**Transcripción de la parte esencial:** Fecha de atención: 03/03/2015: Enfermedad Actual: (...) ANTECEDENTES DE HTA

Así mismo, la historia clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) demuestra un seguimiento continuo a esta enfermedad, lo que permite inferir que no es un evento aislado o un acontecimiento de fácil olvido, pues como se expondrá a continuación, la historia clínica da cuenta cierta del seguimiento médico que le realizaron a la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) como consecuencia de su patología, desde el año 2005, en el que manejaron su patología con medicamentos cuya función es la de regular la tensión (Enalapril). Medicamentos que fueron ordenados en multiplicidad de registros de la historia clínica del paciente, específicamente en las siguientes fechas: 29/12/14, 16/06/2020 y 17/09/2020 entre otros. Confirmando que esta no es una enfermedad de difícil recordación para la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), pues

es claro que ha estado en tratamiento y seguimientos continuos por esta patología durante al menos, los últimos diez años.

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Hipertensión Arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo que padeció la paciente desde al menos el año 2005. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) suscribió su declaración de asegurabilidad.

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

Es evidente que partir de este documento se demuestra fehacientemente que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) fue diagnosticado con antecedentes y deficiencias por hipertensión arterial, de manera previa a la suscripción de su declaración de asegurabilidad, en el mes de julio de 2020. Lo que deja en evidencia la conducta reticente de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) conforme con lo establecido en el artículo 1058 del C.Co., y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** Al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad de fecha 21 de julio de 2020, la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) ya padecía y conocía de sus antecedentes médicos y patologías de HTA (hipertensión arterial), condiciones que también omitió declarar. Esta cronología de patologías preexistentes no declaradas demuestra un patrón consistente de reticencia en cada una de las declaraciones de asegurabilidad, pues la asegurado conocía estas condiciones médicas al momento de suscribir cada uno de los seguros y, sin embargo, respondió negativamente a las preguntas que específicamente indagaban sobre estas patologías. y **(ii)** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida

por la compañía aseguradora, hubiera generado que esta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

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

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía

aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, sin perjuicio de lo anterior, en este caso se probó que, la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) omitió relacionar sus antecedentes siendo éstos relevantes para el conocimiento de la aseguradora.

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

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

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) tenía antecedentes de “HTA (*hipertensión arterial*) en *tratamiento farmacológico con Losartan.*” la asegurada contestó negativamente a las preguntas que indagaban sobre otro tipo de enfermedades no relacionadas en la declaración de asegurabilidad, (iii) que si bien la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) padecía de sendas enfermedades, el asegurado negó sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), no informó a mi procurada de la existencia de sus antecedentes médicos de las deficiencias por hipertensión arterial de manera previa a la suscripción de la declaración de asegurabilidad, patologías que habían sido tratadas hasta su fallecimiento. Lo cual, indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar a una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, el aseguramiento de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió y aquel faltando a la verdad negó sus antecedentes.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia de la asegurada. El aseguramiento de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que aquel negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de los seguros como de las deficiencias por hipertensión arterial y otros que se demostrará al discurrir del asunto. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió y aquel no declaró sinceramente el estado del riesgo, pues lo cierto es que de esa manera vició el consentimiento del asegurador quien creyó estar asegurando a una persona en óptimas condiciones cuando no era así, de tal suerte que de haber conocido los antecedentes médicos de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) la aseguradora se habría retraído de suscribir los contratos o incluso habría pactado condiciones más onerosas, por ello, no queda duda que se configura la nulidad de los aseguramientos y no podrá imponerse obligación alguna a cargo de mi representada.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro, como se expone en el escrito de la demanda para el caso que nos ocupa, desconociendo la ubérrima buena fe que recae en

cabeza de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidora financiera. Tal y como se expondrá a continuación, no solo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

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

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C.Co. señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

*“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.*

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la ubérrima bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de junio de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida**. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico<sup>5</sup>. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales<sup>6</sup>. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer<sup>7</sup>”.* (Subrayado y negrita fuera del texto original)

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

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

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

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

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud**, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”<sup>8</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>14</sup>, en donde estableció lo siguiente:

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

*No puede, entonces, **endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante***

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

en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

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

(...)

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

No sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer la ausencia de esta carga en cabeza de las compañías aseguradoras:

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...**”<sup>9</sup>(subrayado y negrita fuera del texto original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en

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

el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, **el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines.** Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por el señor Arturo Díaz Murillo expediente No. 2016-0318 en relación con la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

*“Así las cosas **no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica del asegurado para verificar una enfermedad o***

**condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto uberrima bona fidei** (Subrayado y negrita fuera del texto original)

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

*“A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que **la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran injerencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue,** y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía, **por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas,** esto es, que su estado de salud era bueno, pese que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.*

*Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita **se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad**” (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la *UBERRIMA BUENA FE* “*BONA FIDES*”.

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que estas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es este el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

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

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

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

**“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia**

**de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz** (...) 4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro<sup>10</sup>. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.*

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

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

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

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

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para las declaratorias de nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido

conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

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

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

En conclusión, dado que la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocido por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

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

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

fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

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

(...)

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

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

## **6. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **7. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

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

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

### **EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS**

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

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

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

### **CAPÍTULO II** **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

#### **1. DOCUMENTALES**

- 1.1.** Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D) el día 21 de julio de 2020.
- 1.2.** Clausulado general de la póliza de seguro vida deudores.

- 1.3. Derecho de petición enviado a MEDICOS ASOCIADOS S.A., a fin de obtener la historia clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D).
- 1.4. Derecho de petición enviado a SERVIMED IPS S.A, a fin de obtener la historia clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D).
- 1.5. Derecho de petición enviado a FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES, a fin de obtener la historia clínica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D).
- 1.6. Fragmento de la historia clínica del señor de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D).

## 1. INTERROGATORIO DE PARTE

- 1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MONICA ALEXANDRA VIDAL GONZALEZ**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **MONICA ALEXANDRA VIDAL GONZALEZ** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

## 2. DECLARACIÓN DE PARTE

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

## 3. TESTIMONIALES

- 3.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber

tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

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

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, puesto que puede ilustrar al Despacho como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D), así como la relevancia o no de las preexistencias medicas no declaradas por el Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

#### 4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Copia íntegra de la Historia clínica completa de la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** desde el año 2000 al 2024.

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

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente. El accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su libelo de demanda.

- 4.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** quien en vida se identificó con cédula de ciudadanía No. 41.731.452 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2024.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que la Demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D).

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

**FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES** puede ser notificada en la Calle 73 No. 11 - 66, Torre 73, Bogotá, D.C. o al correo electrónico [notificacionesjudiciales@fps.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@fps.gov.co).

4.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **MEDICOS ASOCIADOS S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** quien en vida se identificó con cédula de ciudadanía No. 41.731.452 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2024.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que la Demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D).

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

**MEDICOS ASOCIADOS S.A.** puede ser notificada en la Avenida Carrera 15 #112-63, Bogotá, D.C. o al correo electrónico [medasocia@yahoo.com](mailto:medasocia@yahoo.com).

4.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **SERVIMED IPS S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** quien en vida se identificó con cédula de ciudadanía No. 41.731.452 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2024.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que la Demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica de la señora LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D).

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

**SERVIMED IPS S.A.** puede ser notificada en la Calle 22 #14-05, local 100 y 101 C.C.

## 5. OFICIOS

5.1. Comedidamente ruego se oficie a **FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES**, para que con destino a este proceso remita:

- o Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** quien en vida se identificó con cédula de ciudadanía No. 41.731.452 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2024.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

5.2. Comedidamente ruego se oficie a **MEDICOS ASOCIADOS S.A.**, para que con destino a este proceso remita:

- o Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** quien en vida se identificó con cédula de ciudadanía No. 41.731.452 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2024.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

5.3. Comedidamente ruego se oficie a **SERVIMED IPS S.A.**, para que con destino a este proceso remita:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** quien en vida se identificó con cédula de ciudadanía No. 41.731.452 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2024

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que **LIGIA GONZALEZ CASTANEDA (Q.E.P.D)** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

## **6. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.**

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que la Asegurado había sido diagnosticado antes del mes de julio de 2020, con antecedentes médicos de hipertensión arterial. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y 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 el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en ellos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”. Comedidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez **MEDICOS ASOCIADOS S.A. SERVIMED IPS S.A.** y el **FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES**, aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica de la Asegurada. Es

importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad e institución prestadora de salud mencionada pues son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

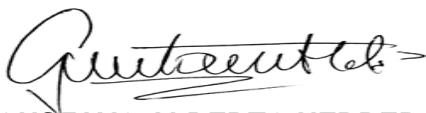
## 7. ANEXOS

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

## 8. NOTIFICACIONES

- Al suscrito en la Carrera 11ª No. 94A - 23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
- Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá, correo electrónico: [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)
- La Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

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