

Señores.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES.
jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO
RADICADO: 2024183456
EXPEDIENTE: 2024-26661
DEMANDANTE: WILSON OBANDO MURILLO
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., 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 que se anexa al presente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por la Doctora Maribel Sandoval Varón, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor WILSON OBANDO MURILLO en contra de mi procurada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1.1: En la medida que en este numeral se incorporan distintos supuestos fácticos, para dar respuesta adecuada, se procede a separarlos de la siguiente manera:

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante respecto a la adquisición de una obligación financiera, 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 el 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 colocación de los productos financieros. 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.

- Es cierto que el demandante tomó la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 266 0000002523 con certificado No. 0013-0175-61-4001066280, la cual respaldaba la obligación No. 0013-0175-66-9600245786. Sin embargo, desde ya el Despacho deberá considerar que dicho seguro no podrá afectarse comoquiera que, para la fecha en la cual el señor WILSON OBANDO MURILLO solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor WILSON OBANDO MURILLO conocía de sus padecimientos de salud, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial las de hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, arritmia cardíaca, fibrilación auricular, trastornos de los discos intervertebrales y trastorno depresivo recurrente.

FRENTE AL HECHO 1.2: Es parcialmente cierto, pues si bien en las pruebas que obran en el plenario se evidencia la existencia del dictamen de pérdida de capacidad laboral, en el mismo el porcentaje arrojado es de 50,40% y no del 50,79% como aduce el extremo actor.

No obstante, omite el actor mencionar que en aquel dictamen de pérdida de capacidad laboral como deficiencias que permitieron que el ente calificador fijara índices para determinar el porcentaje final de pérdida de capacidad laboral del asegurado, se incluyó antecedentes de hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial desde el 27 de marzo de 2019, arritmia cardíaca y fibrilación auricular desde el 25 de septiembre de 2020, trastornos de los discos intervertebrales desde el 18 de noviembre de 2020 y trastorno depresivo recurrente desde el 08 de septiembre de 2020. Circunstancias que de haber sido conocidas por mi mandante la hubieren retraído de celebrar dicho contrato, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en éste. Por lo tanto, se advierte desde este momento que no podrá afectarse el amparo de Incapacidad total y permanente de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 266 0000002523, como quiera que el mismo debe declararse nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que el asegurado fue reticente al no declarar su real estado de salud en la etapa precontractual.

FRENTE AL HECHO 1.3: No es cierto tal como está expuesto. Se debe precisar que, a través de comunicado del 12 de noviembre de 2024, el actor presentó solicitud de indemnización ante mi representada, la cual fue objetada mediante oficio calendado del 19 de noviembre de 2024. Ya que

en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila aportado como anexo de la misma, se encontró que el señor WILSON OBANDO MURILLO fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo. Pues el asegurado tenía antecedentes de hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial desde el 27 de marzo de 2019, arritmia cardíaca y fibrilación auricular desde el 25 de septiembre de 2020, trastornos de los discos intervertebrales desde el 18 de noviembre de 2020 y trastorno depresivo recurrente desde el 08 de septiembre de 2020, los cuales incidieron en la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional. Claramente estos antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO 1.4: Lo aquí expuesto no es un hecho, sino una mera transcripción del contenido de la objeción emitida por la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO 1.5: Lo aquí expuesto no es un hecho, sino una mera transcripción del contenido de la objeción emitida por la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO 1.6: En la medida que en este numeral se incorporan distintos supuestos fácticos, para dar respuesta adecuada, se procede a separarlos de la siguiente manera:

- No es cierto que la aseguradora se encuentre en la obligación de efectuar investigaciones o indagaciones para determinar el verdadero estado de salud de su futuro cliente. Igualmente, el objeto del presente litigio es un contrato de ubérrima buena fe y por esa razón, la aseguradora no está obligada a la realización de exámenes médicos, ni del análisis de la historia clínica para determinar el verdadero estado de salud de su futuro cliente dado que la misma confió en la declaración que hizo el señor WILSON OBANDO CUBILLOS, quien es, el potencial asegurado quien conoce verdaderamente el estado del riesgo que va a trasladarle a la Compañía Aseguradora, por lo que no puede tratar de invertir dicha carga para endilgar indiscriminadamente algún tipo de responsabilidad.
- No es cierto que el demandante haya acudido ante especialistas solo después de haber tomado el contrato de seguro. Las enfermedades que llevaron a la junta a calificarlo en ese porcentaje, ya eran padecidas por el señor WILSON OBANDO CUBILLOS desde antes que solicitara su inclusión en la póliza de seguro. Tanto es así que, encontramos antecedentes de hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial desde 27 de marzo de 2019, arritmia cardíaca, fibrilación auricular, desde el 25 de septiembre de 2020, trastornos de los discos intervertebrales, desde 18 de noviembre de 2020, trastorno depresivo recurrente desde el 08 de septiembre de 2020.

- No es cierto que la aseguradora solo “se basó en exámenes instantáneos realizados”, en tanto las patologías padecidas por el asegurado fueron de tal relevancia que fueron tomadas por la Junta Regional como deficiencias que permitieron calificar su porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Aunado a ello, dada la fecha en que dichas patologías fueron diagnosticadas, no le asiste al demandante razón alguna para indicar que “no las conocía” o que no sabía que podrían representarle un porcentaje de calificación en el dictamen, pues fue por estas que solicitó ser calificado.

FRENTE AL HECHO 1.7: No es un hecho sino una mera apreciación del apoderado de la parte demandante, el cual carece de fundamento factico y jurídico. En todo caso le corresponde a la parte actora cumplir con su carga probatoria, aportando pruebas pertinentes y conducentes en su respectiva oportunidad procesal, conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.

Sin embargo, no es cierto que en la objeción se aduzca “la mala fe del señor Obando”, sin perjuicio de que su ausencia de veracidad en la declaración de asegurabilidad se encuentre alejada de la ubérrima buena fe que reviste los contratos de seguro.

FRENTE AL HECHO 1.8: No es cierto. En la declaración de asegurabilidad entregada al señor WILSON OBANDO CUBILLOS se encuentran expresamente las preguntas de: “- ¿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? - ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? - ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?”. Tal y como se muestra a continuación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	Peso		
1,76 cms	98. 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?			☒
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			☒
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			☒
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			☒
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			☒
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

Según lo anterior, queda demostrado así que en la declaración de asegurabilidad entregada al señor WILSON OBANDO CUBILLOS se les hicieron preguntas referentes a las patologías presentadas en el dictamen por pérdida de la capacidad laboral. Dado que, según el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Huila aportado como anexo de la contestación se encuentra que: (i) las “Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.”, le generaron un valor de deficiencia del 20,00%, (ii) las “Deficiencias por alteraciones del sistema auditivo y vestibular” le generaron un valor de deficiencia del 14,00%, (iii) las “Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.”, le generaron un valor

de deficiencia del 8,00% y (iv) las “Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.”, le generaron un valor de deficiencia del 7,00%, en el dictamen. A saber:

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.	8,00%
Capítulo 3. Deficiencias por trastornos del sistema respiratorio.	12,00%
Capítulo 4. Deficiencias por alteración del sistema digestivo.	5,00%
Capítulo 9. Deficiencias por alteraciones del sistema auditivo y vestibular.	14,00%
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.	20,00%
Capítulo 15. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.	7,00%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	50,79%

Lo anterior, sin perjuicio de que para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo, en concordancia con lo dispuesto por la Corte Constitucional en Sentencia C-232 de 1997.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la parte 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 ostenta la calidad de asegurado el señor WILSON OBANDO CUBILLOS debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que el asegurado suscribió la declaratoria de asegurabilidad.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2.1: ME OPONGO a que se declare el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 266 0000002523 con certificado No. 0013-0175-61-4001066280 que ampara la obligación No. 0013-0175-66-9600245786. Pues, dicho contrato de seguro deberá ser declarado nulo, comoquiera que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes de hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, arritmia cardíaca, fibrilación auricular, trastornos de los discos intervertebrales y trastorno depresivo recurrente que padecía el señor WILSON OBANDO CUBILLOS con anterioridad a el perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del

Huila aportado por el señor WILSON OBANDO CUBILLOS para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad del seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2.2: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Aunado a ello, porque solo en el hipotético evento en que se afecte el contrato de seguro, este solo ampara el saldo insoluto de la obligación crediticia, el cual será reconocido al beneficiario oneroso, quien en este caso es la entidad financiera y no el demandante.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2.3: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Conforme lo dispone el artículo 206 del Código General del Proceso, 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 expedida por mi representada, como quiera que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar el seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes de hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, arritmia cardíaca, fibrilación auricular, trastornos de los discos intervertebrales y trastorno depresivo recurrente con anterioridad a el perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila del señor WILSON OBANDO CUBILLOS, para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

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 parte demandante, pues se reitera, el único beneficiario a título oneroso del Contrato Vida Grupo Deudores es el Establecimiento Bancario BBVA COLOMBIA S.A.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor WILSON OBANDO CUBILLOS 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.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

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

En el presente asunto debe tenerse en consideración, que el asegurado, el señor WILSON OBANDO CUBILLOS, 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. Y que, de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más

onerosas en este.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C. Co), a fin que este sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”¹. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

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

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

“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 y negrilla por fuera de texto)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado,** las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal

*circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora". -*
(Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio."*² - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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***

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

vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”³ -
(Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es decir, a pesar de que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad a el mes de abril de 2022, 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 22 de abril de 2022.**

BBVA Seguros

RENOVACION DE DOS O DE POLIZAS Y SEGUROS

TIFICADO INDIVIDUAL
NSUMO Y COMERCIAL

M026300110267001758600245788

Amparos, Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha celebración del contrato: _____ Cláusula _____ Ciudad: _____

Tomador/Reservatario: BBVA COLOMBIA S.A. C.C. o NIT: 960.003.080-1 Vigencia desde: _____ Vigencia hasta: _____

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido: Wilson Obando Cubillos Identificación: 75087589 Edad: 44

Dirección: Calle 34 # 37-16 Teléfono: 312079280 Ciudad: Bogotá

Fecha de nacimiento: 1977-05-03 Sexo: X Ocupación/Profesión: Pensionado

Beneficiarios del Seguro (Aplique únicamente para créditos de vehículo)

Nombre Completo e Identificación	Parentesco	% Participación

Información Adicional

Nombre de la P.S. a la que se encuentra afiliado: Sanidad Militar

¿Tiene medicinas prescritas o plan complementario? ☐ sí ☒ no ¿Cuál? _____

¿Tiene las preguntas debidas ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara en su propia y libre voluntad?

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura: 1.76 cm Peso: 98 kg

	Sí	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epilepsia, asma, diabetes, hipertensión, deficiencia de coagulación?	☒	☒
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier tipo?	☒	☒
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	☒	☒
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?	☒	☒
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?	☒	☒

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

* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguro y el incumplimiento de las obligaciones de cobertura de cualquier indemnización.

Documento: Declaración de asegurabilidad de abril de 2022.

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

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

- **TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE (DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO)**

Fecha: 08/09/2020

Especialidad: PSIQUIATRIA-HOSPITAL SAN CAMILO.--

Resumen:

F339.-TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE.--F432.-ESTRESS POSTRAUMATICO.----EVOLUCION; no favorable, con incremento de síntomas depresivos, esquemas cognitivos negativos permanente que sostienen la sintomatología mental ya descrita Sertralina 100mg tableta: una tableta 8 am.---Trazodona 100mg tableta; dos tableta 8 pm.---CONTROL EN 3 MESES

**Documento: DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA
DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL N.º 07202401239**

Transcripción esencial: “Fecha: 08/09/2020. Resumen: F339.-TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE. --F432.-ESTRESS POSTRAUMATICO. ----EVOLUCION; no favorable, con incremento de síntomas depresivos, esquemas cognitivos negativos permanente que sostienen la sintomatología mental ya descrita Sertralina 100mg tableta: una tableta 8 am.---Trazodona 100mg tableta; dos tabletas 8 pm. ---CONTROL EN 3 MESES”

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que al menos dos años atrás, el señor WILSON OBANDO CUBILLOS fue diagnosticado con trastorno depresivo recurrente y así lo indica el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional emitido por la Junta Regional de

Calificación de Invalidez del Huila. Es evidente que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS fue diagnosticado con trastorno depresivo recurrente, de manera previa a la suscripción de su declaración de asegurabilidad, en el mes de abril de 2022. Aunado a ello, no se trataba de un evento aislado, dado que también existen registros de dicha patología para el año 2021, tal y como se muestra a continuación:

Fecha: 18/03/2021

Especialidad: PSIQUIATRIA-Dr. HERLINGTON SILVA GARZON-HOSPITAL SAN CAMILO

Resumen:

F339.-TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE.--F432.-ESTRESS POSTRAUMATICO.--EVOLUCION:- DESFAVORABLE, A PESAR DE ESTABILIZACION DE SINTOMAS AFECTIVOS, SE EVIDENCIA GRAN ESTABILIDAD ANTE LA EXPOSICION DE EVENTOS ESTRESANTE EN SU DIARIO VIVIR.----PLAN:---SERTRALINA, MIRTAZAPINA.---CONTROL EN 3 MESES.--

**Documento: DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA
DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL N.º 07202401239**

Transcripción esencial: “Fecha: 18/03/2021. Resumen: F339.-TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE. --F432.-ESTRESS POSTRAUMATICO. --EVOLUCION: - DESFAVORABLE, A PESAR DE ESTABILIZACION DE SINTOMAS AFECTIVOS, SE EVIDENCIA GRAN ESTABILIDAD ANTE LA EXPOSICION DE EVENTOS ESTRESANTE EN SU DIARIO VIVIR. ----PLAN: ---SERTRALINA, MIRTAZAPINA. ---CONTROL EN 3 MESES. --”

Lo que deja en evidencia la conducta reticente de la demandante conforme con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante patologías y antecedentes que fueron tenidos en cuenta por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila No. 07202401239 del 03 de octubre de 2024.

- **HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIA (DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA AUDITIVO Y VESTIBULAR)**

Fecha: 27/03/2019

Especialidad: ORL-MINDEFENSA-FFMM

Resumen:

H90-HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y SEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA.--TRAE EXAMENES:-- O DER HIPÓACUSIA MIXTA CONDUCTIVA EN GRAVES LEVE A MODERADA Y NS LEVE EN AGUDOS.----O IZO HIPOACUISIA NS LEVE A MODERADA EN FREC DEL LENGUAJE Y CAIDA NS LEVEA MODERADO EN AGUDOS PTA DER 40 DB IZO 42 0B. ----LOGO 100% O DER A 55 0B 100% O IZO A 50 0B.---NO TIENE IMPEDANCIO.----PLAN:---PLAN PACIENTE CON HIPOACUSIA BILATERAL LEVE A MODERADA Y SENSACIÓN DE PLENITUD AURAL CONSTANTE. SS IMPEDANCIOMETRIA, TAC DE OIDO Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE.----CITA DE CONTROL CON RESULTADOS.--

**Documento: DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA
DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL N.º 07202401239**

Transcripción esencial: “Fecha: 27/03/2019. Resumen: H90-HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y SEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA. --TRAE EXAMENES: -- O DER HIPÓACUSIA MIXTA CONDUCTIVA EN GRAVES LEVE A MODERADA Y NS LEVE

EN AGUDOS. -----O IZO HIPOACUISIA NS LEVE A MODERADA EN FREC DEL LENGUAJE Y CAIDA NS LEVEA MODERADO EN AGUDOS PTA DER 40 DB IZO 42 0B.. ----LOGO 100% O DER A 55 0B 100% O IZO A 50 0B.---NO TIENE IMPEDANCIO. -----PLAN: ----PLAN PACIENTE CON HIPOACUSIA BILATERAL LEVE A MODERADA Y SENSACIÓN DE PLENITUD AURAL CONSTANTE. SS IMPEDANCIOMETRIA, TAC DE OIDO Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE. ----CITA DE CONTROL CON RESULTADOS. --

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que por lo menos desde 3 años antes a la suscripción de la declaración de asegurabilidad, el señor WILSON OBANDO CUBILLOS padecía de hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **ARRITMIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR (DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR)**

Fecha: 25/09/2020 Especialidad: CARDIOLOGIA-MINDEFENSA-FFMMM
Resumen:
1499.-ARRITMIA CARDIACA.--TRATAMIENTO-PACIENTE DE 43 AÑOS CON ANTECEDENTE DE FIBRILACION AURICULAR -DIAGNOSTICADA HACE 2 AÑOS EN MANEJO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULACION HASTA MAYO DEL 2019 REFIERE POSTERIORMENTE SIN NUEVOS CONTROLES NO ES CLARO SI SUSPENDIERON MEDICAMENTOS, REPORTE DE HOLTER DE AGOSTO 2018 QUE REPORTABA RITMO DE FA. ACTUALMENTE REFIERE ASINTOMATICO, SE SOLICITA HOLTER Y VALORACION POR CARDIOLOGIA.ADEMAS SINTOMAS DE REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN MANEJO PREVIO ASOCIADO ADEMAS A RONCOPATIA SE INICIA MANEJO Y SE SOLICITA POLISOMNOGRAFIA.CONTROL ABIERTO CON MEDICINA FAMILIAR.---RECOMENDACIONES:----- ACTIVIDAD FISICA REGULAR EN EL HOGAR DURANTE EL AISLAMIENTO OBLIGATORIO PUEDE SER CAMINATA DIARIA 30-40 MIN.--- HABITOS NUTRICIONALES DIETA BALANCEADA, BAJA EN SODIO, SE RECOMIENDA NOCONSUMO DE BEBIDAS GASEOSAS, PAQUETES, EMBUTIDOS, CONDIMENTOS, SALSAS POR SU AL TO CONTENIDO DE SODIO.---. TOMAR MEDICACION COMO SE PRESCRIBE .---- ASISTIR A CONTROL MEDICOS PERIODICOS PRESENCIALES O POR TELEMEDICINA.----- ASISTIR A ENTREGA DE MEDICAMENTOS ANTES DE LAS 72 HORAS DEL VENCIMIENTO DE LA FORMULA.---

**Documento: DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA
DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL N.º 07202401239**

Transcripción esencial: “Fecha: 25/09/2020. Resumen: 1499.-ARRITMIA CARDIACA. -- TRATAMIENTO: PACIENTE DE 43 AÑOS CON ANTECEDENTE DE FIBRILACION AURICULAR -DIAGNOSTICADA HACE 2 AÑOS EN MANEJO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULACION HASTA MAYO DEL 2019 REFIERE POSTERIORMENTE SIN NUEVOS CONTROLES NO ES CLARO SI SUSPENDIERON MEDICAMENTOS. (...)”

Aunado a ello, queda demostrado que incluso desde el año 2018 al señor WILSON OBANDO CUBILLOS ya se le venía haciendo seguimiento y tratamiento a esta enfermedad. Lo que permite inferir que no es un acontecimiento de fácil olvido para el asegurado.

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.

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

- **TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y LA PELVIS)**

Fecha: 18/11/2020	Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-MINDEFENSA-FFMM
Resumen:	
M519.-TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES , NO ESPECIFICADO.--M545.-LUMBAGO NO ESPECIFICADO. ---ANÁLISIS: PACIENTE CON DOLOR LUMBAR, CON SIGNOS SUGESTIVOS DE RADICULOPATIAASOCAIDO TAMBIEN A SOBREPESO.--SE DECIDE SS RMN DE COLUMNA LUMBOSACRA.--CONTROL CON RESULTADOS	

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que por lo menos desde antes del 22 de abril de 2022, el señor WILSON OBANDO CUBILLOS padecía de trastornos de los discos intervertebrales. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Es evidente que partir de este documento se demuestra fehacientemente que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS fue diagnosticado con antecedentes y deficiencias por trastorno depresivo recurrente, hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, arritmia cardiaca, fibrilación auricular y trastornos de los discos intervertebrales, de manera previa a la suscripción de su declaración de asegurabilidad, en el mes de abril de 2022. Lo que deja en evidencia la conducta reticente del señor WILSON OBANDO CUBILLOS conforme con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, 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 22 de abril de 2022, el señor WILSON OBANDO CUBILLOS ya padecía y conocía de sus antecedentes médicos y patologías de trastorno depresivo recurrente, hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, arritmia cardiaca, fibrilación

auricular y trastornos de los discos intervertebrales, condiciones que también omitió declarar. Esta cronología de patologías preexistentes no declaradas demuestra un patrón consistente de reticencia en la declaración de asegurabilidad, pues el asegurado conocía estas condiciones médicas al momento de suscribir su seguro 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 solo 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 Código de Comercio, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que estas claramente incluyen varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el asegurado WILSON OBANDO CUBILLOS 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.

	SI	NO
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente vascular, epoc, asma, diabetes, <u>hipertensión</u> , 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
¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		X

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS tenía antecedentes de *“hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial desde el 27 de marzo de 2019, arritmia cardiaca y fibrilación auricular, desde el 25 de septiembre de 2020, trastornos de los discos intervertebrales desde el 18 de noviembre de 2020, trastorno depresivo recurrente desde el 08 de septiembre de 2020”* el asegurado contestó negativamente a las preguntas que indagaban sobre otro tipo de enfermedades no relacionadas en la declaración de asegurabilidad, (iii) que si bien el señor WILSON OBANDO CUBILLOS padecía de sendas enfermedades, el asegurado negó sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor WILSON OBANDO CUBILLOS padecía diferentes patologías. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor WILSON OBANDO CUBILLOS debe declararse nulo, debido a que aquel negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro como de las deficiencias por: (i) trastornos mentales y del comportamiento, (ii) alteraciones del sistema auditivo y vestibular, (iii) alteraciones del sistema cardiovascular y (iv) alteraciones de la columna vertebral y la pelvis y otros que se demostrará al discurrir del asunto. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió y en la que aquel no declaró sinceramente el estado del riesgo, pues lo cierto es que de esa manera vició el consentimiento del asegurador quien creyó estar asegurando a una persona en óptimas condiciones cuando no era así. De tal suerte que de haber conocido los antecedentes médicos del señor WILSON OBANDO CUBILLOS, la aseguradora se habría retraído de suscribir el contrato 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.

Si bien la parte actora pretende tratar de endilgar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del señor WILSON OBANDO CUBILLOS, 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. Ello desconoce la ubérrima buena fe que recaía en cabeza del señor WILSON OBANDO CUBILLOS para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidor financiero.

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 jurídico⁵. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁶. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se*

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

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

estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁷". (Subrayado y negrita fuera del texto original)

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

(Subrayado y negrita fuera del texto original)

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

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

inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...⁹(subrayado y negrita fuera del texto original).

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

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

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

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 aseguradora 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, ha reconocido que:

*“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 inferencia 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.

En conclusión, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora el efectuar exámenes médicos al señor WILSON OBANDO CUBILLOS en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

3. NO ES NECESARIA LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA RETICENCIA E INEXACTITUD Y LA CAUSA DEL SINIESTRO.

Aun cuando el demandante considera vetustos los preceptos normativos que regulan el sector asegurativo, de ninguna manera puede interferir con la línea jurídica de aplicación que se ha mantenido hasta la fecha, habida cuenta que en Colombia es factible señalar mediante la ley, jurisprudencia y doctrina que, no es necesaria la relación causal entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa o anulabilidad del contrato.

Dicho de otra manera, una puede ser la razón u origen de la patología que ocultó el asegurado para concurrir a celebrar el contrato y otra sustancialmente diferente la causa del siniestro, para que de todas maneras aflore la sanción de nulidad relativa del contrato, como quien oculta un problema cardíaco y luego de celebrado el contrato de seguro, fallece por un accidente de tránsito, caso en el cual, indefectiblemente una vez atendida la carga probatoria que cubre a la aseguradora, se producirán los efectos de la nulidad relativa del contrato.

En palabras del tratadista Andrés Ordoñez:

“surge con frecuencia la pregunta de si las sanciones derivadas de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo solamente proceden en la medida en que el siniestro que afecta la cobertura del seguro esté relacionada con ellas, o si, por el contrario, esas sanciones proceden independientemente de la causa que haya dado lugar al siniestro. Frente a la legislación colombiana, es indudable que ocurre esto último. Definitivamente el artículo 1058 C. Co., no exige en ningún momento que esa relación exista para que se produzca la nulidad del contrato o la reducción de la prestación del asegurador, como consecuencias características de la inexactitud o reticencia relevantes en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador.”

Asimismo, la Corte Constitucional al respecto de la relación de causalidad ha manifestado lo siguiente:

“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 sostiene 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.”¹⁰

Como bien se ha dicho, la relación de causalidad entre la reticencia y el origen del siniestro no es un requisito para que se configure la nulidad relativa del contrato de seguro, sin embargo, para el caso concreto la hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, arritmia cardíaca y fibrilación auricular, trastornos de los discos intervertebrales y el trastorno depresivo recurrente, si fueron enfermedades tenidas en cuenta para la calificación de la pérdida de capacidad laboral del señor WILSON OBANDO CUBILLOS.

En consecuencia, para el presente caso, se configura la sanción consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio así el asegurado haya quedado inválido por causas distintas a los antecedentes patológicos omitidos en la declaración de asegurabilidad.

4. 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

¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro¹¹. (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».*” – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

¹¹ 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 Código de Comercio, basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los

hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

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

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

En conclusión, dado que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS 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.

6. 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.

7. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

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

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

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

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

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

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

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

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el 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.*¹² (Subrayado fuera del texto original)

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

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

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

V. 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.

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor WILSON OBANDO CUBILLOS el día 22 de abril de 2022.
- 1.2. Condicionado general de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 266 0000002523.
- 1.3. Derecho de petición enviado a la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA.
- 1.4. Derecho de petición enviado a la DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **WILSON OBANDO CUBILLOS**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **WILSON OBANDO CUBILLOS** podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. 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 la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores objeto de litigio.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor WILSON OBANDO CUBILLOS. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 # 72 - 21 Piso 8 en la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com.

- 4.2. 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 del señor WILSON OBANDO CUBILLOS. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la paliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, puesto que puede ilustrar al Despacho como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor WILSON OBANDO CUBILLOS, 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 D.C. y en el correo electrónico: juliealexandra.triana@bbva.com o al teléfono 6013471600.

- 4.3. Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, entre otros, del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en el correo electrónico: lopezromerodc@hotmail.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor WILSON OBANDO CUBILLOS correspondiente al periodo comprendido entre el año 2010 y el año 2025.
- Copia íntegra de los documentos que aportó y con los que inicio el trámite para la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral en la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrado; y así mostrar la reticencia con que el 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.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, toda vez que 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.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor WILSON OBANDO CUBILLOS identificado con cédula de ciudadanía No. 75.083.587, que le fue suministrada para efectuar la calificación de pérdida de capacidad laboral.
- Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por la Junta Regional de Invalidez de Huila No. 07202401239 respecto del señor WILSON OBANDO CUBILLOS identificado con cédula de ciudadanía No. 75.083.587, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de calificar al señor WILSON OBANDO CUBILLOS identificado con cédula de ciudadanía No. 75.083.587 y por ende quien puede suministrar la documentación solicitada.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

La **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA** puede ser notificada en la Calle 17 No. 6 - 60 INT. 03, Neiva - Huila o al correo electrónico: radicacion@jurecahuila.com

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor WILSON OBANDO CUBILLOS identificado con cédula de ciudadanía No. 75.083.587, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 al 2025.
- Certificación en la que se indique la situación laboral del señor WILSON OBANDO CUBILLOS dentro del Ejército.

Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor WILSON OBANDO CUBILLOS

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor WILSON OBANDO CUBILLOS sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

La **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR** puede ser notificada en la Avenida Calle 26 No 69 – 76, Torre 3 Piso 4, Centro Empresarial Elemento en la ciudad Bogotá D.C., y a través del correo electrónico disan.juridica@buzonejercito.mil.co.

6. OFICIOS

6.1. Comedidamente ruego se oficie a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA**, para que con destino a este proceso remita:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor WILSON OBANDO CUBILLOS identificado con cédula de ciudadanía No. 75.083.587, que le fue suministrada para efectuar la calificación de pérdida de capacidad laboral.
- Copia del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por la la Junta Regional de Invalidez de Huila No. 07202401239 respecto del señor WILSON OBANDO CUBILLOS identificado con cédula de ciudadanía No. 75.083.587, así como toda la documentación de este que repose en dicha entidad.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que WILSON OBANDO CUBILLOS 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.

La **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA** puede ser notificada en la Calle 17 No. 6 - 60 INT. 03, Neiva - Huila o al correo electrónico: radicacion@jurecahuila.com

6.2. Comedidamente ruego se oficie al **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, para que con destino a este proceso remita:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor WILSON OBANDO CUBILLOS identificado con cédula de ciudadanía No. 75.083.587, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 al 2025.
- Certificación en la que se indique la situación laboral del señor WILSON OBANDO CUBILLOS dentro del Ejército.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que WILSON OBANDO CUBILLOS 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.

La **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR** puede ser notificada en la Avenida Calle 26 No 69 – 76, Torre 3 Piso 4, Centro Empresarial Elemento en la ciudad Bogotá D.C., y a través del correo electrónico disan.juridica@buzonejercito.mil.co.

7. 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 de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías del señor WILSON OBANDO MURILLO se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el señor WILSON OBANDO MURILLO eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio

son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el ellos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA** y la **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad e institucione prestadora de salud mencionada pues son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

VII. ANEXOS

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

VIII. NOTIFICACIONES

- El demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

- Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 # 72 - 21 Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C.

Correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

- Al suscrito en la Carrera 11 A No. 94 A – 23, Oficina 201, de la ciudad de Bogotá D.C.

Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

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.