

Señores

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

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
DEMANDANTE: OLGA LUCIA VILLAMARÍN LÓPEZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BBVA COLOMBIA S.A.
RADICADO: 2024178928
EXPEDIENTE: 2024-26023

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

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

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

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

BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta de la aseguradora que represento, por lo que nada de lo descrito en este hecho le consta a mi mandante. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Es cierto parcialmente. Teniendo en cuenta que, efectivamente el 27 de agosto de 2023 el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES solicitó su aseguramiento, que fue formalizado en septiembre de 2023 a través de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 692 0000030362, certificado No. 0013-0158-69-4022630192 con mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** para amparar una obligación crediticia **2021 con el BANCO BBVA.

Pese a lo anterior, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como HTA (hipertensión arterial), Leiomiomas Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño). Dolor Lumbar Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica), mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron al desenlace fatal, que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO TERCERO: Es cierto parcialmente, mi mandante devengó justificadamente la prima, debido a su naturaleza, esto es como uno de los elementos esenciales del contrato de seguro que obedece a la contraprestación que recibe el asegurador por la asunción de los riesgos que le son trasladados.

No obstante, se reitera, que durante la etapa precontractual el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como HTA (hipertensión arterial), Leiomioma Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño), Dolor Lumbar Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica), mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro, que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas.

En ese sentido, es claro que en el presente asunto se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Por esta razón, una vez conocida esa omisión de información el contrato fue revocado. Por lo tanto, se solicita dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio, en el cual el asegurador tiene derecho a retener el pago de la prima a título de pena.

FRENTE AL HECHO CUARTO: Es cierto. El 25 de enero de 2024 corresponde a la fecha consignada en el registro civil de defunción del señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES.

FRENTE AL HECHO QUINTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. El Banco BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta de la aseguradora que represento, por lo que nada de lo descrito en este hecho le consta a mi mandante. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO SEXTO: Es cierto, a través del correo electrónico de dicha fecha se remitió la información que era necesaria para realizar una reclamación. Sin perjuicio de lo ya dicho, la parte

actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: No es cierto como se plantea. Es cierta la fecha mencionada de la remisión del formato de reclamación, pero no es cierto que se haya acompañado de los documentos restantes, a excepción del poder. En todo caso y sin perjuicio de lo ya dicho, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO OCTAVO: Es cierto. Es cierta la fecha mencionada de la respuesta automática. En todo caso y sin perjuicio de lo ya dicho, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NOVENO: Es cierto. Es cierta la fecha mencionada de la respuesta automática. En todo caso y sin perjuicio de lo ya dicho, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. El Banco BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta de la aseguradora que represento, por lo que nada de lo descrito en este hecho le consta a mi mandante. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas

útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: No es cierto como se plantea. Los documentos no fueron solicitados por mi representada hasta esa fecha, como se indicó en un hecho precedente, los documentos para acreditar la realización del riesgo fueron solicitados desde febrero de 2024. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: No es cierto como se plantea. Los documentos fueron remitidos en dicha fecha, pero no es cierto que el término para pagar u objetar resultase vencido, teniendo en cuenta que el término para responder a la solicitud de indemnización empieza a contabilizar cuando se allega la totalidad de documentos requeridos para acreditar la realización del riesgo. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO TERCERO: Es cierto este hecho respecto de la respuesta automática. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO: Es cierto. La objeción fue remitida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el 23 de abril de 2024 frente a la póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 692 0000030362.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO: Es cierto. De acuerdo con soporte documental, existe poder especial otorgado por la demandante a la abogada AURA MEDINA.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

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 ostentaba la calidad de asegurado el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES debe ser declarado nulo, en los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia en la que incurrió en el momento de contratar el seguro.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1: ME OPONGO a la pretensión 1, en tanto, el señor CARLOS AMARILLO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguros. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de su solicitud, fueron la causa en mayor medida de su muerte. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la HTA (hipertensión arterial), Leiomiosarcoma Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño), Dolor Lumbar Crónico, Discopatía Lumbar, Artrosis Facetaria e IRC (insuficiencia renal crónica), evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por ende, emerge con claridad que se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

En este sentido, no hay lugar a dar cumplimiento o pago al beneficiario oneroso de la póliza contratada pues ella está viciada de nulidad.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a esta pretensión, esta es similar a la anterior, por tanto, se reitera no es posible realizar el pago del contrato de seguro materia de este litigio por cuanto, el señor CARLOS AMARILLO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el

estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguros. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de su solicitud, fueron la causa en mayor medida de su muerte. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la HTA (hipertensión arterial), Leiomiocarcinoma Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño), Dolor Lumbar Crónico, Discopatía Lumbar, Artrosis Facetaria e IRC (insuficiencia renal crónica), evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por ende, emerge con claridad que se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

En este sentido, no hay lugar a dar cumplimiento o pago al beneficiario oneroso de la póliza contratada pues ella está viciada de nulidad.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO a esta pretensión, como quiera que es consecencial a las anteriores, la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el señor CARLOS AMARILLO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguros. Entones, el contrato está viciado de nulidad y le es aplicable el artículo 1058 del Código de Comercio. En consecuencia, no hay lugar a realizar pago alguno de intereses corrientes o moratorios indicados.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 4: ME OPONGO a esta pretensión, concerniente al pago de daños por respuesta negativa extemporánea. Se reitera, el señor CARLOS AMARILLO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguros. Si mi representada hubiera conocido de la HTA (hipertensión arterial), Leiomiocarcinoma Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño). Dolor Lumbar

Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica), evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por ende, emerge con claridad que se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DENOMINADO “CUANTÍA”

Antes de presentar la objeción al juramento estimatorio de la acción, es importante que la Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que en la misma no existe un acápite de esta naturaleza. La accionante se limita a enunciar el valor de sus pretensiones dentro del título de la acción que se denomina “Cuantía”, sin seguir las formalidades que la ley y la jurisprudencia fijan en el momento de presentar el ya dicho, juramento estimatorio. No obstante, si el honorable delegado considera que lo establecido en la cuantía de la demanda sí representa un juramento estimatorio, me permito oponerme de manera respetuosa a lo predicado en el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso por las siguientes razones:

En primer lugar, no puede obviarse que el señor CARLOS AMARILLO 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 asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la HTA (hipertensión arterial), Leiomiomasarcoma Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño). Dolor Lumbar Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica), se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en

él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del día de su fallecimiento para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

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

Es fundamental que desde ahora la Delegatura tome en consideración que el asegurado, el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como HTA (hipertensión arterial), Leiomiomas Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño). Dolor Lumbar Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica), mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron al desenlace fatal, que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente

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

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

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.

omisión o falta, de haber sido conocida por el Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que la 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 contrato 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 el contrato 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 asegurado y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la Aseguradora".
(Subrayado fuera del texto original)*

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

*"Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las "declaraciones de asegurabilidad" de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las***

pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.

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

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

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

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

³(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

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

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,

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

exigir el cumplimiento de la póliza. ⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

⁴ 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.

*requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.***

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. La póliza contrada se formalizó el 27 de septiembre de 2023. Previo a ello, se le formuló un cuestionario de asegurabilidad (declaración de asegurabilidad) con preguntas redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES 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 CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 22 de agosto de 2023, fecha en la que diligenció la declaratoria de asegurabilidad y allí negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			Si	No
Estatura	170 cms	Peso	72 kg	
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?				X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿Sufre o ha sufrido alguna incapacidad física o mental?				X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 692 0000030362 de agosto de 2023

Transcripción esencial:

“¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía? NO
 ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? NO

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? NO

¿Sufre de alguna incapacidad física o mental? NO

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

NO

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

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

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el Despacho tenga en cuenta que el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES con pleno conocimiento sobre sus padecimientos, respondió negativamente todas las preguntas que cuestionaban la existencia de enfermedades preexistentes, lo que constituye una clara falta a la verdad, pues como se probará en el curso del proceso, el señor padecía como HTA (hipertensión arterial), Leiomiomas Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño). Dolor Lumbar Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica), lo que representa antecedentes sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. Por ello, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, todos estos padecimientos fueron iniciados previo a la solicitud de asegurabilidad.

- **HTA (HIPERTENSIÓN ARTERIAL)**

Tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, al haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL CON RECIDIVA EN PARED ABDOMINAL**

Tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, al haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **NEUROPATÍA DEL ILIOINGUINAL E HIPOGÁSTRICO IZQUIERDO.**

Este diagnóstico ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, al haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **SAHOS (SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DE SUEÑO).**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más

claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **DOLOR LUMBAR CRÓNICO.**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **DISCOPATÍA LUMBAR**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **ARTROSIS FACETARÍA.**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su

aseguramiento.

- **IRC (INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA)**

Este diagnóstico ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor CARLOS AMARILLO, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, al haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En consonancia con lo referido, el Despacho deberá advertir entonces que, con la historia clínica y con los oficios solicitados que el señor CARLOS AMARILLO, contaba con antecedentes médicos de antaño conocidas, ya que, este paciente sufría de varias enfermedades prolongadas en el tiempo. Diagnósticos de suma importancia para ser comunicados a la aseguradora, tan relevantes que fueron las que influyeron en gran porcentaje al resultado final desafortunado, la muerte del señor CARLOS AMARILLO.

En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor CARLOS AMARILLO suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor CARLOS AMARILLO ya contaba con una serie de diagnósticos de HTA (hipertensión arterial), Leiomiomas Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño). Dolor Lumbar Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica), conocidos y presentes con anterioridad a la suscripción del seguro, 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, tanto es así que varias de ellas se relacionan en el cuestionario de asegurabilidad y el señor CARLOS AMARILLO aún conocido, las omitió, por lo que no fueron declaradas antes de solicitar su aseguramiento. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

En otras palabras, se entrará a demostrar que el señor CARLOS AMARILLO, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, padecía y conocía de la existencia de sus enfermedades de HTA (hipertensión arterial), Leiomiomas Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea obstructiva de sueño). Dolor Lumbar Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica). 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. Se reitera, de haber sido comunicadas a la aseguradora esta se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

En conclusión, el señor CARLOS JULIO AMARILLOCIFUENTES fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó contribuyeron como causa en mayor medida al resultado de su muerte. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de HTA (hipertensión arterial), Leiomiomas Retroperitoneal con Recidiva en pared abdominal, Neuropatía del Ilioinguinal e Hipogástrico izquierdo. SAHOS (síndrome de apnea hipopnea

obstructiva de sueño). Dolor Lumbar Crónico. Discopatía Lumbar y Artrosis Facetaria. IRC (insuficiencia renal crónica), evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del 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”.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe

(uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁵.

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

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

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al

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

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

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

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. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)⁸

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 Gutiérrez⁹, en donde estableció lo siguiente:

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

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerro Pérez.

⁹ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

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

(...)

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

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

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

alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...¹⁰ (subrayado fuera del texto original).

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

Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contrato 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,

¹⁰ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 el contrato, 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 fuera del texto original)

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 al perfeccionamiento del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad de los mismos, con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es 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. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Resulta fundamental confirmarle a su Delegatura que la prueba de la mala fe no es un requisito sine

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas)

fuera del texto)".¹¹

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 Gutiérrez¹², 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».”
(Subrayas fuera del texto original).

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.

¹² Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contrato 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 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 fuera del texto original)

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrarlos, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dichos contrato sean declarados nulos por el juez competente.

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

4. PRIMAS DEBIDAMENTE DEVENGADAS DEBIDO AL RIESGO ASUMIDO POR BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE EL CONTRATO DE SEGURO.

Las primas causadas con ocasión a la videncia de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 692 0000030362, contratada por el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES, fueron adecuadamente pagadas, en razón al vínculo contractual de aseguramiento que nació a la vida jurídica y que mi representada cumplió a cabalidad al asumir los riesgos para los que fue contratada. La prima es la compensación del Asegurador durante los meses en que le fueron transferidos los riesgos. En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es

esencial que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que en el presente caso 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, por lo que no hay lugar a devolución alguna como lo solicitó la demandante. La norma establece:

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

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

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

5. 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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al

beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

6. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha.

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

7. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA.

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurado en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez,

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

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.¹³ (...)

Como se observa, la póliza de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

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

¹³ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.¹⁴ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro.

Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 692 0000030362, se asocia la obligación crediticia No. 0013-0158-63-9630682021 con el Banco BBVA Colombia.

En conclusión, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y, por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

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.

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

V. **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. **DOCUMENTALES**

- 1.1. Declaratoria de asegurabilidad Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 692 0000030362
- 1.2. Clausulado general Seguro Vida Deudor
- 1.3. Derecho de petición dirigido a GESTION SALUD SAS
- 1.4. Constancia de radicación del Derecho de petición dirigido a GESTION SALUD SAS
- 1.5. Repuesta al derecho de petición por parte de GESTION SALUD SAS
- 1.6. Derecho de petición dirigido a la DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR-PONAL
- 1.7. Constancia de radicación del Derecho de petición dirigido a la DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR-PONAL

1. **INTERROGATORIO DE PARTE**

- 1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte el señor **OLGA LUCIA VILLAMARÍN LOPEZ**, 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 **OLGA LUCIA VILLAMARÍN LOPEZ** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbelo.

2. **DECLARACIÓN DE PARTE**

- 2.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, 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.

3. TESTIMONIALES

- 3.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor CARLOS AMARILLO. 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 CARLOS AMARILLO, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la 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 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

- 3.2. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **JULIE ALEXABDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera

procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor CARLOS AMARILLO. 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 CARLOS AMARILLO, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la 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 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 4.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LA ACCIONANTE** para que exhiba su Historia Clínica del señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES desde 2014 hasta 2024, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión

dentro la póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró en su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder de la accionante ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que recibió su cónyuge y dada la cercanía, se encuentran en su poder.

- 4.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **IPS GESTIÓN SALUD SAS** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES, correspondiente al periodo que va desde el año 2014 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que el señor CARLOS AMARILLO entre los años referidos.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor CARLOS AMARILLO, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **GESTIÓN SALUD SAS** puede ser notificada en info@gestionsaludips.com y recepcion@gestionsalud.net.co

- 4.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **POLICIA NACIONAL- DIRECCIÓN DE SANIDAD**, para que remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor CARLOS AMARILLO, correspondiente al periodo que va desde el año 2014 hasta el año 2024. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor CARLOS AMARILLO, entre los años referidos. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor CARLOS AMARILLO entre los años referidos.

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES, sufrió en años anteriores y que ya conocía al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD-POLICIA NACIONAL** puede ser notificada en disan.asjur-judicial@policia.gov.co.

5. OFICIOS.

- 5.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la IPS GESTIÓN SALUD SAS exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES, correspondiente al periodo que va desde el año 2014 hasta el año 2024.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que pese a la solicitud realizada a la entidad vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, ella remitió respuesta indicando que son documentos sometidos a reserva y no se cuenta con el parentesco para remitir la información.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor CARLOS AMARILLO, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. GESTIÓN SALUD SAS puede ser notificada en info@gestionsaludips.com y repcion@gestionsalud.net.co

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la POLICIA NACIONAL- DIRECCIÓN DE

SANIDAD, para que remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor CARLOS AMARILLO, correspondiente al periodo que va desde el año 2014 hasta el año 2024. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor CARLOS AMARILLO, entre los años referidos.

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

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor CARLOS JULIO AMARILLO CIFUENTES, sufrió en años anteriores y que ya conocía al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La DIRECCIÓN DE SANIDAD-POLICIA NACIONAL puede ser notificada en disan.asjur-judicial@policia.gov.co.

6. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA las patologías del señor CARLOS AMARILLO se hubiera retraído de otorgar el 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 asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar

el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

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

Término que deberá iniciar una vez sea decretado, ya que no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, **se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto**.

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

VI. ANEXOS

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

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder otorgado al suscrito.
3. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VII. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. VIDA S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C., correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

Al suscrito en la Carrera 11A No.94A-23 Of. 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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