

Señores

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

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
DEMANDANTE: ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BBVA COLOMBIA S.A.
RADICADO: 2024185910
EXPEDIENTE: 2024-27019

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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA

COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con obligaciones crediticias por lo que no me consta lo relacionado con el cumplimiento de su obligación crediticia contratada por la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO con el Banco BBVA COLOMBIA S.A. Ello teniendo en cuenta que, el Banco BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta de la aseguradora que represento. Respecto de la contratación de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124, certificado No. 0013-0158-61-4018926453 es cierto que esta fue emitida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en la cual se otorgó cobertura por dos amparos vida e incapacidad total y permanente para el saldo insoluto de la obligación crediticia asegurada, la cual varía de acuerdo al movimiento del crédito. Esta a corte del 17 de enero de 2025 asciende a \$144.846.429, por lo que no es cierto la suma indicada en este hecho. 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.

Pese a lo anterior, desde este momento la delegatura deberá tener en consideración que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO para la fecha de contratación de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124 el 15 de marzo de 2021, no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, tampoco mencionó sus antecedentes de insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un cien por ciento (100%), 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 2: Es cierto. El beneficiario único es el Banco BBVA. Teniendo en cuenta que,

efectivamente el 25 de mayo de 2021 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO formalizó la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124 con mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar una obligación crediticia No. **1122 contratada por ella con el BANCO BBVA.

No obstante, se reitera, la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, tampoco mencionó sus antecedentes de insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y, 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 3: 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. Sin embargo, no es cierto que en este asunto se encuentren acreditados los presupuestos del artículo 1077 del Código de Comercio. Ya que 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. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

En todo caso, del análisis de las pruebas del expediente se observa que este dictamen fue emitido por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no es una de las entidades autorizadas según la póliza en la limitación del riesgo, a saber:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

Documento: Condicionado general de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124

FRENTE AL HECHO 4: Es cierto. El 26 de junio de 2024 corresponde a la fecha de la respuesta emitida por mi representada frente a la reclamación realizada relacionada con la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124. Solicitud de indemnización que fue objetada a causa de la omisión en la declaratoria de asegurabilidad de sus antecedentes médicos, hecho que repercute en la declaratoria de nulidad relativa del contrato.

FRENTE AL HECHO 5: No es cierto como se encuentra planteado por la parte demandante. Los antecedentes indicados en la objeción no son distintos a los antecedentes médicos que basan el

dictamen de calificación de invalidez. La Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, son las premisas previas que aquejaban a la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO y que, de acuerdo con la historia clínica tienen origen anterior a la fecha de solicitud del seguro el 15 de marzo de 2021, por lo tanto, contribuyeron y sumaron a sus finales diagnósticos de insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada.

Adicionalmente, la gravedad del asunto es que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO omitió informar la realidad de su estado de salud, es decir, ella tenía la obligación de informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que mi mandante estaba 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. Y, 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. Configurándose la nulidad relativa del contrato, consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por último, es importante aclarar que la causalidad que el demandante pretende invocar en este hecho, no es necesaria para la declaratoria de la nulidad por reticencia, dado que, la sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

el hecho para responderlo, así:

- a) En el cuestionario planteado sí se cuestionó sobre los antecedentes relacionados en el dictamen de calificación de invalidez e incluso, se realizó una pregunta amplia y abierta acerca de alguna otra enfermedad no contemplada en las preguntas señaladas, por lo que no es cierto que estas no fuesen cuestionadas, en todo caso, el asegurado es quien tiene la obligación de informar el estado real del riesgo que se pretende asegurar. Se evidencia:

| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles) | | |
|--|-------------------|---|
| Estatura <u>1,61</u> cm | Peso <u>60</u> Kg | Fuma Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Deportes que practica <u>Caminadas</u> | | ¿Cuántos cigarrillos diarios? |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? | | SI No |
| ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? | | X |
| ¿Ha sido sometido a tratamiento anti alcohólico o por drogadicción? | | X |
| ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional? | | X |
| ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos? | | SI No |
| Trastornos mentales o psicológicos | | X |
| Parálisis epilépsia, vértigos, temblores dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso | | X |
| Bocio diabetes o enfermedades del sistema endocrino | | X |
| Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna | | X |
| Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas | | X |
| Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón | | X |
| Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos | | X |
| Alergia, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio | | X |
| Úlcera del estómago u duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo | | X |
| Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos | | X |
| Cáncer o tumores de cualquier clase | | X |
| Si es mujer ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios? | | X |
| ¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado. | | X |
| ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? | | X |
| Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia: | | |
| | | |
| | | |

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02

105 0000107124

Se transcribe y se subrayan las preguntas relacionadas con los antecedentes médicos de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO el 15 de marzo de 2021:

Transcripción esencial:

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

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(...)

- ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA? (NO)
- ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL? (NO)
- ¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN? (NO)
- ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL? (NO)
- ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS? SI/ NO
- TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS (NO)
- PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA (NO)

*FRECUENTES O ENFERMEDADES
DEL SISTEMA NERVIOSO*

- *BOCIO, DIABETES O
ENFERMEDADES DEL SISTEMA
ENDOCRINO* (NO)
- *REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O
ENFERMEDADES DE LOS HUESOS,
MUSCULOS O COLUMNA* (NO)
- *ENFERMEDADES DE BAZO,
ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE
GANGLIOS LINFÁTICOS O
ENFERMEDADES DEL SISTEMA
HEMOLINFATICO O
ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS* (NO)
- *DOLOR EN EL PECHO, TENSION
ARTERIAL ALTA, INFARTO O
CUALQUIER ENFERMDAD DEL
CORAZON* (NO)
- *ENFERMEDADES RENALES-
CALCULOS-PROSTATA-
TESTICULOS* (NO)

- ASMA, TOS CRONICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO (NO)
- ULCERA DEL ESTOMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESOFAGO, VESICULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DE SISTEMA DIGESTIVO (NO)
- ENFERMEDADES DE LOS OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS (NO)
- CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE (NO)
- SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS? (NO)
- ¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRACTICA DE EXAMEN PARA (NO)

*DIAGNOSTICO DEL SIDA? CASO
POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO*

- ¿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

Por lo tanto, es notorio que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, decidió omitir sus antecedentes médicos, lo conlleva a la declaratoria de nulidad relativa del contrato de seguro.

- b) No es cierto que el cuestionario no se pueda leer o que sea ilegible, este fue presentado de forma física a la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, el cual puede ser leído adecuadamente, en adición la ilegibilidad planteada por la apoderada puede obedecer al escáner del documento, situación que no puede ser expuesta frente a una ilegibilidad al momento de la lectura o suscripción por parte de la solicitante el 15 de marzo de 2021 de forma física. Adicionalmente, este argumento se cae por su peso, pues las firmas de la señora Pizarro están plasmadas en el documento, circunstancia que no hubiese ocurrido si no pudiese verlo. Pues nadie, mucho menos una persona que labora en el sector de la educación, firmaría un documento sin que fuese posible leerlo.
- c) No es cierto que no se realizara explicación o asesoría a la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, en todas las suscripciones de las pólizas se realiza una asesoría al solicitante y, se pone de presente la importancia de la lectura del documento, por lo que no es cierto que a la asegurada no se le hubiere informado acerca del contenido del tipo de seguro que estaba contratando.

En todo caso, el artículo sexto de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, establece los deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos

consumidores del sector financiero. La norma previamente citada crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

“ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

(...)

b) Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.

(...)

d) Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)”

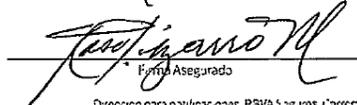
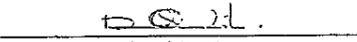
En otros términos, la norma previamente expuesta crea la obligación en cabeza de los consumidores de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o sobre los que piensan obtener. En consecuencia, no resulta jurídicamente admisible establecer que no se leyeron los documentos que se firmaron, para intentar enervar el contenido, efecto y alcance de los mismos.

Adicionalmente debe decirse que lo manifestado en el hecho es meramente una afirmación subjetiva de la parte Demandante que no se encuentra soportada bajo ninguna prueba o elemento de juicio suficiente. En cambio, la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO en dos oportunidades plasmó su firma en la solicitud del seguro de Vida Grupo Deudores, en señal de

aceptación del contenido del documento, tanto así, que incluso plasmó su firma aceptando la cláusula de conocer el contenido del documento y los efectos de faltar a la verdad en el mismo según los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio.

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 7: No es cierto como se plantea. Este hecho constituye una aseveración temeraria que carece abiertamente de sustento probatorio, pues contrario al dicho de la parte demandante, tal como declaró la misma asegurada en la Solicitud de su Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, ella recibió la información y se le explicó el alcance de la póliza que fue otorgada. Existen asesores que brindan la información y nuevamente se reitera, la declaratoria de asegurabilidad no es ilegible para la fecha de los hechos 15 de marzo de 2021. Tanto es así que dispuso su firma dos (2) veces en dicha solicitud, y una de ellas concierne a la constancia de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa. Se extrae:

| | |
|--|--|
| Edad mínima de ingreso: 16 años. Edad máxima de ingreso: 74 años y 364 días y Permanencia Hasta la cancelación del crédito. Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente la máxima de ingreso 69 años y 364 días y Permanencia Hasta los 71 años y 364 días | |
|  Firma del cliente | |
| El consultado con las condiciones generales de su póliza están de su disposición, a través de los canales: www.bbva.com.co y www.bbva.com.co | |
| Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro. | |
| Para constancia se firma en <u>Barranquilla</u> a los <u>15</u> días del mes de <u>Marzo</u> de <u>2021</u> | |
|  Firma Asegurado |  Firma Autorizada REVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 300 746 987 - 0 |
| <small>Dirección para notificaciones: REVA Seguros Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 17, Teléfono 218 1100 Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional: 01800232-4320 y en Bogotá: 307-2382 Departamento del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C., Teléfono 3428389, e-mail: dsc@reva.com.co Somos Grandes Contribuyentes Res. C-76 de 2016 - Retenedoras de IVA e ICA. No practica retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2146 de 1992</small> | |

Documento: Solicitud de Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124.

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

La firma de la señora Pizarro están plasmadas dos veces en el documento, circunstancia que no hubiese ocurrido si no pudiese verlo. Pues nadie, mucho menos una persona que labora en el sector de la educación, firmaría un documento sin que fuese posible leerlo.

En todo caso, el artículo sexto de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, establece los deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero. La norma previamente citada crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

“ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

(...)

b) Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.

(...)

d) Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos.
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)”

En otros términos, la norma previamente expuesta crea la obligación en cabeza de los consumidores de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o sobre los que piensan obtener. En consecuencia, no resulta jurídicamente admisible establecer que no se leyeron los documentos que se firmaron, para intentar enervar el contenido, efecto y alcance de los mismos.

Adicionalmente debe decirse que lo manifestado en el hecho es meramente una afirmación subjetiva de la parte Demandante que no se encuentra soportada bajo ninguna prueba o elemento de juicio suficiente. En cambio, la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO en dos oportunidades plasmó su firma en la solicitud del seguro de Vida Grupo Deudores, en señal de aceptación del contenido del documento, tanto así, que incluso plasmó su firma aceptando la cláusula de conocer el contenido del documento y los efectos de faltar a la verdad en el mismo según los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio.

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 8: No es cierto como se plantea. En primer lugar, debe aclararse que la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. En este caso, se desconocen las razones del ocultamiento de la información por parte de la asegurada, la mala fé no está en tela de juicio, la omisión de la información relevante por parte de la solicitante a la aseguradora no puede ser atribuido a la compañía que se compromete a asegurar un riesgo. Máxime, si en síntesis la solicitante pretende amparar su vida y la posibilidad de una incapacidad

permanente, es claro que debe informar su estado de salud. Situación que no fue realizada. La Corte Suprema de Justicia ha recalado que de ninguna manera se tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente para la declaratoria de reticencia deberá acreditar que (i) la asegurada 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.

Por último, es importante aclarar que la causalidad que el demandante pretende invocar en este hecho, no es necesaria para la declaratoria de la nulidad por reticencia, dado que, la sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

FRENTE AL HECHO 9: No es cierto. Se desconocen las razones del ocultamiento del estado real del riesgo cubierto por mi representada, lo que no es menester para obviar la reticencia en la que se encuentra inmersa la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO. Por ende, no es cierto que los antecedentes omitidos no le interesasen a la aseguradora, se reitera el objeto del seguro se encuentra frente a la muerte o a una disminución de la capacidad laboral permanente, por lo que resulta sumamente relevante cualquier situación de salud que pueda incurrir en aumentar las probabilidades de ocurrencia de esos dos siniestros, que para el caso es cualquier enfermedad. Pese a ello, mi representada diseñó un cuestionario de fácil comprensión, el cual para el caso óbice involucra varios de lo antecedentes que para la fecha de su diligenciamiento ya padecía la solicitante ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, y además, una pregunta que relaciona ¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE? Ahora, las preguntas relacionadas al caso en concreto y frente a las cuales respondió que NO, son:

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

(...)

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS

(...)

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

(...)

ENFERMEDADES DE LOS OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS

En todo caso, NO es cierto que mi representada no influyera la información en la consecuencia del negocio, pues de haber conocido todos los antecedentes médicos de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

FRENTE AL HECHO 10: No es cierto. la delegatura deberá tener en consideración que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO para la fecha de contratación de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124 el 15 de marzo de 2021, no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, tampoco mencionó sus antecedentes de insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un cien por ciento (100%), 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

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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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 PRIMERA: ME OPONGO a la pretensión, en tanto, la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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 la asegurada negó en el momento de su solicitud, fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un cien por ciento (100%), ,En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, o de su insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada, 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 de la asegurada.

Por otro lado, teniendo en cuenta que en las pólizas tipo Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, se asegura el saldo insoluto de la obligación crediticia, este varía conforme el transcurso del tiempo,

por ende, el saldo insoluto el indicado en esta pretensión no es el referido por la parte demandante, si no el señalado a la fecha de verificación del mismo, que para el efecto a corte del 17 de enero de 2025, es el de \$144.846.429 que aparece en la certificación de vigencia.

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 SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión, como quiera que BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. no recibe cuotas por concepto de crédito hipotecario. Se debe mencionar que el banco BBVA y mi representada son entidades distintas con Nit y razón social diferentes. Ahora bien, respecto de la póliza y la objeción se recuerda que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguros. No obstante, rescindido éste, se solicita dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión, como quiera que es consecencial a las anteriores, la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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. Lo que significa que no podrá nacer la obligación indemnizatoria, pero sobre todo condicional de mi representada. Lo anterior significa que no es posible hablar de una condena por intereses moratorios del artículo 1080 del C.Co. porque hasta la fecha no existe obligación que se encuentre insatisfecha y que torne procedente una condena por intereses moratorios.

III. OBJECIÓN 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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para la asegurada. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, o de su insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada, 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 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 ASEGURADA

Es fundamental que desde ahora la Delegatura tome en consideración que la asegurada, la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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 Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, o de su insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un cien por ciento (100%), 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 la aseguradora (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, la aseguradora 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 la asegurada, 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 de la asegurada produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que la asegurada omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o 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

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.

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 la aseguradora, toda vez que ello constituye la base de la contratación.

En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por la aseguradora 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 de la 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 la asegurada**, las normas que rigen el contrato de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud de la asegurada 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 de la asegurada 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.”*

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***

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 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

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 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:

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.

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

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 de la 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 la 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 la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el 15 de marzo de 2021, fecha en la cual la asegurada solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (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, la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO conocía de sus

padecimientos de salud con anterioridad al 15 de marzo de 2021, fecha en la que diligencia 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 de la asegurada y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles) | | | |
|--|-----------------------------|--|------------------------------|
| Estatura | 1,61 | Peso | 60 |
| | cm | Kg | |
| Fuma | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | Cuántos cigarrillos diarios? |
| Deportes que practica | Caminadas | | |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? | Si | No | |
| ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? | | | X |
| ¿Ha sido sometido a tratamiento anti-celulítico o por drogadicción? | | | X |
| ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional? | | | X |
| ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos? | Si | No | |
| Trastornos mentales o esquizofrénicos | | | X |
| Parálisis, epilepsia, vértigos, temblores, dolores de cabeza frecuentes, o enfermedades del sistema nervioso | | | X |
| Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino | | | X |
| Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna | | | X |
| Enfermedades del bazo, anemia, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas | | | X |
| Coque en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón | | | X |
| Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos | | | X |
| Astma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio | | | X |
| Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo | | | X |
| Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos | | | X |
| Cáncer o tumores de cualquier clase | | | X |
| Si es mujer ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios? | | | X |
| ¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado. | | | X |
| ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? | | | X |
| Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia: | | | |
| | | | |
| | | | |

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02
105 0000107124

Se transcribe y se subrayan las preguntas relacionadas con los antecedentes médicos de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO el 15 de marzo de 2021:

Transcripción esencial:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(...)

- *¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA?* (NO)
- *¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL?* (NO)
- *¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?* (NO)
- *¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?* (NO)
- *¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?* SI/ NO
- TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS (NO)
- *PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO* (NO)

- *BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO* (NO)
- *REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA* (NO)
- *ENFERMEDADES DE BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFATICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS* (NO)
- *DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMDAD DEL CORAZON* (NO)
- *ENFERMEDADES RENALES-CALCULOS-PROSTATA-TESTICULOS* (NO)
- *ASMA, TOS CRONICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO* (NO)

- ULCERA DEL ESTOMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESOFAGO, VESICULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DE SISTEMA DIGESTIVO (NO)
- ENFERMEDADES DE LOS OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS (NO)
- CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE (NO)
- SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS? (NO)
- ¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRACTICA DE EXAMEN PARA DIAGNOSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO (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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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 la asegurada 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.

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

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el Despacho tenga en cuenta que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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, ella padecía Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad

no especificada, lo que representa antecedentes sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento de la aseguradora. Por ello, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, todos estos padecimientos fueron iniciados previo a la solicitud de asegurabilidad.

- **Tendinitis Calcificante del Hombro**

| CLÍNICA GENERAL DEL NORTE Un compromiso con la vida | | | | | | HISTORIA CLINICA AMBULATORIA | | 2024/06/17 13:17:18 | |
|---|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|--|
| I.DATOS DEL PACIENTE | | | | | | | | | |
| Historia Clínica No | | Identificación | | Apellido(s) y Nombre(s) | | | Tipo De Vinculacion | | |
| 8683 | | 22672072 | | ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO | | | COTIZANTE | | |
| Fecha de Nacimiento | | Lugar de Nacimiento | | Sexo | Edad | Estado Civil | | Ocupacion | |
| 1957/11/07 | | BARRANQUILLA | | F | 55 AÑO(S) | SOLTERO(A) | | | |
| Direccion | | | | Telefono | | Ciudad | | Programa/Eps | |
| CALLE 11 N.13 11 | | | | 3017562946 | | SANTO TOMAS | | UT MAGISTERIO ATL CAPITAD | |
| I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE | | | | | | | | | |
| Nombre del Acompañante | | | Parentesco | | Direccion | | Telefono | | |
| SOLA | | | NINGUNO | | CALLE 11 N.13 11 | | 8790545 | | |
| Nombre del Responsable | | | Parentesco | | Direccion | | Telefono | | |
| ROSA PIZARRO MALDONADO | | | AFILIADO(A) | | CALLE 11 N.13 11 | | 8790545 | | |
| II.DATOS DE LA CONSULTA | | | | | | | | | |
| No Cita 1852552 Fecha de Atencion 2012/07/30 Medico MARCELINO ELJACH K DAVID SAnde Especialidad ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA | | | | | | | | | |
| Motivo de la Consulta DOLOREN HOMBRO | | | | | | | | | |
| Enfermedad Actual REFIERE DOLOR EN HOMBRO DERECHO DESPUES DE TRAUMA HACE 3 MESES | | | | | | | | | |
| II. ANTECEDENTES | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES PERSONALES | | | Traumatologicos | | | TENDINITIS SUPRAESPINOSO | | | |

Documento: Historia Clínica de Clínica General del Norte de fecha 30 de julio de 2012

Transcripción parte esencial: “antecedentes traumatológicos tendinitis supraespinoso”

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que por lo menos desde el 2012, la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO fue diagnosticado con Tendinitis. 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.

| CLINICA GENERAL DEL NORTE | | | | | | HISTORIA CLINICA AMBULATORIA | | 2024/06/17 13:18:33 | |
|---|---------------------|--|------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|------------------|---------------------|--|
| I.DATOS DEL PACIENTE | | | | | | | | | |
| Historia Clínica No | Identificación | Apellido(s) y Nombre(s) | | | | Tipo De Vinculacion | | | |
| 8683 | 22672072 | ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO | | | | COTIZANTE | | | |
| Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento | Sexo | Edad | Estado Civil | Ocupacion | | | | |
| 1957/11/07 | BARRANQUILLA | F | 63 AÑO(S) | SOLTERO(A) | | | | | |
| Direccion | | Telefono | | Ciudad | Programa/Eps | | | | |
| CALLE 11 N.13 11 | | 3017562946 | | SANTO TOMAS | OCGN - R6 MAG ATCO STO TOM | | | | |
| I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE | | | | | | | | | |
| Nombre del Acompañante | | Parentesco | Direccion | | Telefono | | | | |
| ROSA PIZARRO MALDONADO | | NINGUNO | CALLE 11 N.13 11 | | 3017562946 | | | | |
| Nombre del Responsable | | Parentesco | Direccion | | Telefono | | | | |
| ROSA PIZARRO MALDONADO | | AFILIADO(A) | CALLE 11 N.13 11 | | 3017562946 | | | | |
| II.DATOS DE LA CONSULTA | | | | | | | | | |
| No Cita | 12602956 | Fecha de Atencion | 2020/12/23 | Medico | EDILMA MOZO CANTILLO StoTmas | Especialidad | MEDICINA GENERAL | | |
| Motivo de la Consulta | | | | | | | | | |
| TELECONSULTA POR CONTINGENCIA COVID 19 DOLOR OJO IZQUIERDO | | | | | | | | | |
| Enfermedad Actual | | | | | | | | | |
| PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DESDE HACE 3 DIAS DOLOR EN EL OJO IZQUIERDO CUANDO REALIZA LOS MOVIMIENTOS DE LATERALIZACION LAGRIMEO POR AMBOS OJOS ADEMAS VARICES Y CALOR PLANTAR HORMIGEOS NEGGA SINTOMAS POR COVID 19 | | | | | | | | | |
| II. ANTECEDENTES | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | CESAREA HISTERECTOMIA GLANDULA PARAURETRAL HERNIA UMBICALL MAMA SUPERNUMERARIA | | | | | | | |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Traumatologicos | TENDINITIS SUPRAESPINOSO | | | | | | | |

Documento: Historia Clínica de Clínica General del Norte de fecha 23 de diciembre de 2020

Transcripción parte esencial: “*antecedentes traumatológicos tendinitis supraespinoso*”

La delegatura deberá advertir que es entonces una enfermedad que de antaño y previo a la solicitud del seguro la señora padecía.

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.

- **Bursitis del Hombro**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Cefalea debida a tensión**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como

se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Neuritis**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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 duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **Insomnio**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Disfonía nódulos cuerdas vocales**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Sinovitis tenosinovitis**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Insuficiencia venosa**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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 gonartrosis de rodillas**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **discartrosis de columna dolor crónico**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Trastorno depresivo**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Déficit cognitivo leve**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

- **Trastorno de ansiedad no especificada**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por la asegurada, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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.

En consonancia con lo referido, el Despacho deberá advertir entonces que, en la historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, se identificarán como antecedentes y de antaño conocidas por historial médico que, esta 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 de la PCL de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual *(i)* la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO ya contaba con una serie de diagnósticos de Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada, 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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO aún conociendo, 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 C232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las

patologías que la asegurada 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 la asegurada 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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, padecía y conocía de la existencia de sus enfermedades de Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada. 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.

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 (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del

riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

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

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

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

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

En conclusión, la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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 la asegurada negó contribuyeron como causa en mayor medida al resultado de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de Tendinitis Calcificante del Hombro, Bursitis del Hombro, Cefalea debida a tensión, Otros Síndromes de Cefalea con Neuralgia y Neuritis, insomnio, disfonía nódulos cuerdas vocales, sinovitis tenosinovitis, insuficiencia venosa, artrosis gonartrosis de rodillas discartrosis de columna dolor crónico, trastorno depresivo ansiedad, déficit cognitivo leve, trastorno de ansiedad no especificada, 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 de la asegurada.

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

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA 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 la asegurada 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 la asegurada prescinda del examen médico, la asegurada 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 la aseguradora prescinda del examen médico, la asegurada 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 la asegurada declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que

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.”

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 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

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.

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 la asegurada 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 la asegurador prescinda del examen médico, la asegurada 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 la asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel

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

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

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 la asegurada, 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

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

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 de la aseguradora, 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 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 la asegurada 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) la asegurada 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 distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (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 de la

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.

asegurada 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 de la asegurada 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 de la asegurada. 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 la asegurada durante la etapa precontractual.

“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 de la asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio

*del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado 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 de la asegurada 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 de la asegurada, 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)** la asegurada 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. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE EL CONTRATO DE SEGURO.

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. La norma establece:

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

En conclusión, dado que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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. CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. informó de condiciones de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124 y en consecuencia cumplió con su deber de información con la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO. Lo que se demuestra con su doble firma impresa en la solicitud del seguro. Adicionalmente, todo el acervo probatorio apunta a que la accionante suscribió de manera libre e informada el contrato de seguro. A la asegurada le fue informado con suficiencia el contenido del su seguro, así como le fue remitida copia de este. En consecuencia, no existe una conducta desleal o desinformada, pues, se actuó legítimamente y no en desmedro de los derechos de la asegurada, como lo pretender ver la parte demandante.

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

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

Derechos: (...)

1.3. Derecho a recibir información: Obtener información completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea respecto de los

productos que se ofrezcan o se pongan en circulación, así como sobre los riesgos que puedan derivarse de su consumo o utilización, los mecanismos de protección de sus derechos y las formas de ejercerlos. (...)"

En este punto, es importante indicar que la Compañía Aseguradora suministró la información y ha venido dando respuesta de forma clara, oportuna, coherente y completa. Ahora bien, mi representada no ha desplegado ninguna conducta arbitraria, puesto que, al momento de la solicitud ofreció a través de sus asesores en el banco, toda la información necesaria para el conocimiento del consumidor. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. ha demostrado su compromiso con el cumplimiento de los términos contractuales y la protección de los derechos de la asegurada, respetando así el principio de autonomía de la voluntad y garantizando la transparencia y equidad en sus operaciones.

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

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

- a) Cerciorarse si la entidad con la cual desean contratar o utilizar los productos o servicios se encuentre autorizada y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.*
- b) Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le permitan la toma de decisiones informadas.*
- c) Observar las instrucciones y recomendaciones que imparta la entidad vigilada sobre el manejo de productos o servicios financieros.*

- d) *Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos.*
- e) *Informarse sobre los órganos y medios de que dispone la entidad para presentar peticiones, solicitudes, quejas o reclamos.*
- f) *Obtener una respuesta oportuna a cada solicitud de producto o servicio.*

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

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

Entonces, se evidencia que existen obligaciones del consumidor financiero y que al momento de tomar la Póliza la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO actuó de manera libre y voluntaria. Entendiéndose entonces que el contrato de seguro objeto de litis es plenamente válido y que de él emanan obligaciones de pago a cargo de la demandante, pues recuérdese que dentro de las pruebas allegadas al proceso, se observa la Solicitud de Seguro de Vida Grupo deudores, la cual se encuentra debidamente firmada por parte de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO. Tanto es así dispuso su firma dos (2) veces en dicha solicitud, y una de ellas concierne a la afirmación de haber suscrito el documento como constancia de aceptación del seguro, así como de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa:

Edad mínima de ingreso: 16 años. Edad máxima de ingreso: 71 años y 364 días y Permanencia Hasta a cancelación del crédito.
Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente la máxima de ingreso 69 años y 364 días y Permanencia Hasta los 71 años y 364 días

[Firma manuscrita]
Firma del solicitante

El consultado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de los portales www.bbva.com.co y www.bbva.com.co

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

Para constancia se firma en Barranquilla a los 15 días del mes de Marzo de 2021

[Firma manuscrita]
Firma Asegurado

[Firma manuscrita]
Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 300 740 987 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros - Carrera 7 No. 71 - 5a Torre A Piso 17, Teléfono 218 1100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea telefónica: 018003924520 y en Bogotá 30- 20 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C., Teléfono 3458350, e-mail: denuncia.bbva@colombia.bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Pés. Q76 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicamos retrocesos en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1992

Documento: Solicitud de Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124.

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

De acuerdo con lo anterior, se constata que efectivamente la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO conoció del seguro en todas sus condiciones, pues su doble firma lo constata. Ahora, aun cuando la demandante pretende justificar que el cuestionario no se pueda leer o que sea ilegible, este fue presentado de forma física a la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, el cual pudo ser leído adecuadamente, sumada a la explicación o asesoría brindada a la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, pues, en general en todas las suscripciones de las pólizas se realiza una asesoría al solicitante y, se coloca de presente la importancia de la lectura del documento, por lo que ella misma declaró haber leído los documentos firmados e incluso le fueron

explicados por la persona que asesora, siendo invalido el sustento de falta de información, pues lo cierto es que más allá de ser eso una afirmación en su favor, demuestra un claro incumplimiento a las conductas de mínima diligencia y buenas prácticas del consumidor financiero, en tanto que, la afirmación de los hoy demandantes no puede ser una razón legítima para desvirtuar la validez del contrato. Pues, al firmar la Solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores aceptó lo que en ella estaba plasmado. Configurándose entonces de manera efectiva la suscripción del contrato de seguro.

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

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

6. FALTA DE COBERTURA MATERIAL AL TRATARSE DE UN DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EMITIDO POR UNA ENTIDAD QUE NO SE ENCUENTRA HABILITADA EN LOS TÉRMINOS DE LA PÓLIZA.

Sin perjuicio de la reticencia de la asegurada, es necesario indicar que si bien entre la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO y mi representada se suscribió una Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124 a fin de asegurar su vida y su incapacidad total y permanente, dentro de dicho aseguramiento se contempla las condiciones particulares y generales que deben atenderse a fin de definir cualquier obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. En este orden de ideas, quedó demostrado que la incapacidad total y permanente de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO fue declarada por la CLINICA GENERAL DEL NORTE, entidad no autorizada en la póliza para definir una pérdida de capacidad laboral que sea cubierta por este seguro, por ende, en esta medida no existe obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del C.Co., podrá a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio el cual reza:

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

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, ha mencionado:

“reiteró esta Corporación la necesidad de individualizar y determinar los riesgos

que el asegurador toma sobre sí:

<<y que por lo tanto, en este campo rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas, “...El Art. 1056 del C de Com , en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado..”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio “que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional, **luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida.....”** (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar) (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ

SC4574-2015 rad. n°. 11001-31-03-023-2007-00600-02)>>¹³. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) ¹⁴.”
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 4527 -2020. Noviembre 23 de 2020

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

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

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo - causa sino a la relación riesgo - efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124, en sus condiciones generales señala:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

Documento: Condicionado general de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105
0000107124

Así las cosas, debe tenerse en cuenta que i) el Dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral fue emitido por la CLINICA GENERAL DEL NORTE y ii) de acuerdo con el riesgo asegurado solo se considerará como incapacidad total y permanente, cuando exista una calificación de pérdida de capacidad laboral, en firme, realizada por la EPS, LA ARL O LA AFP a la cual se encuentre afiliado o por la JUNTA DE REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. Siendo claro, que la CLINICA GENERAL DEL NORTE no tiene las calidades de ninguna de las cinco autoridades habilitadas y previstas por el asegurador como cubiertas en la

realización del riesgo de una incapacidad total y permanente.

En conclusión, es cierto que la ley le confiere al asegurador la libertad de asumir determinados riesgos, luego si los eventos no se acreditan, lo cierto es que no es posible imponer obligación alguna. En esa medida está probado que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO fue calificada por la CLINICA GENERAL DEL NORTE para determinar su pérdida de capacidad laboral y, en la asunción del riesgo realizada por la aseguradora que represente, la incapacidad total y permanente declarada por esta entidad no fue un riesgo que se hubiese asumido, por lo tanto, a la luz de las disposiciones del contrato de seguro no puede BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. responder por una obligación que no cobijó. El delegado con funciones jurisdiccionales no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro, pues las partes acordaron expresamente cubrir siempre que la calificación de pérdida de capacidad laboral, sea realizada por la EPS, LA ARL O LA AFP a la cual se encuentre afiliado o por la JUNTA DE REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. Hecho que no ocurre. En consecuencia, deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

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

7. PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

En el evento en el que la delegatura encuentre configurada la prescripción de la acción de protección al consumidor, al haber transcurrido más de un (1) año sin que se hubiese ejercido la acción, operando así lo consignado en la Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58. En la cual se 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.

En el numeral tercero del nombrado artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, el legislador consagró que los consumidores 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:

(...)

3.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)

Esta Superintendencia Financiera de Colombia en sentencia proferida el 17 de febrero de 2021, refirió con claridad que en los eventos en que el riesgo asegurado sea la muerte, el cómputo del término de prescripción de las acciones de protección al consumidor, deberá empezar a contar desde la fecha en que se haya tenido conocimiento. Así mismo, indicó que, acreditados los presupuestos para declarar la prescripción de la acción, resulta improcedente analizar de fondo las pretensiones propuestas. Se extrae:

“Así las cosas, téngase en cuenta que el artículo 1054 del Código de Comercio

reconoce como riesgo asegurable la muerte, y en este orden, dada la ocurrencia del siniestro el riesgo asegurable en este caso deja de existir y ante la ausencia de dicho elemento esencial el contrato de seguro se presenta la extinción del mismo

(...) conforme al registro de defunción obrante en el plenario se encuentra que la fecha del fallecimiento del señor Hurtado ocurrió el 23 de diciembre de 2017, en este sentido al tomar como fecha de partida para contar el término prescriptivo la terminación del contrato de seguro, es decir, el fallecimiento del señor Antonio José Hurtado Salazar al dejar de existir el riesgo asegurable se llega a la inexorable conclusión de que el término máximo que le asistía a la parte activa para reclamar el pago del amparo por los hechos base de la reclamación a través del ejercicio de la acción de protección al consumidor , no podía superar, en principio, el 23 de diciembre de 2017, ante la ausencia del riesgo asegurable que conlleva a la terminación del contrato, momento a partir del cual se cuenta con un (1) año para interponer la acción de protección al consumidor.

Esta circunstancia no se modificará por la interrupción de la prescripción prevista en el artículo 94 del Código General del Proceso, comoquiera que esta norma prevé la interrupción del término por una sola vez con el requerimiento que hace el acreedor al deudor, para este caso el que hace el demandante a la aseguradora para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, requerimiento que en este asunto se presentó el día 19 de enero de 2018, por lo que contando un año nuevamente desde dicho momento, tenía el demandante hasta el 19 de enero de 2019”

En conclusión, de determinarse que ha operado la prescripción de la acción de protección al consumidor en los términos del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, al haber transcurrido más de un año desde el hecho que da base a la acción hasta la fecha en que se presentó la demanda, la

delegatura deberá declararla como forma de extinción de la misma.

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

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

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece 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 estirpe 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 vengero 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.”¹⁵ (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

¹⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, teniendo en cuenta lo contemplado en el artículo 282 del Código General del Proceso.

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 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.

2. 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.

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. 02 105 0000107124
- 1.2. Clausulado general Seguro Vida Deudor
- 1.3. Respuesta Objeción de BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. del 26 de junio de 2024.
- 1.4. Certificación de vigencia de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000107124
- 1.5. Derecho de petición dirigido al FOMAG
- 1.6. Constancia de radicación del Derecho de petición dirigido al FOMAG
- 1.7. Derecho de petición dirigido a la Clínica General del Norte
- 1.8. Constancia de radicación del Derecho de petición dirigido a la Clínica General del Norte
- 1.9. Historia clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO

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

1. INTERROGATORIO DE PARTE

- 1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte el señor **ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO**, 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 ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

2. DECLARACIÓN DE PARTE

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

JULIA PIZARRO MALDONADO. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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 de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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 de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO desde 2014 hasta 2024, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la asegurada sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurada declaró en su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder de la accionante ya que fue quien recibió las atenciones médicas.

- 4.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLINICA GENERAL DEL NORTE** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica dla señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO entre los años referidos.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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. CLINICA GENERAL DEL NORTE puede ser notificada en juridica@clinicageneraldelnorte.com.

- 4.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, para que remita copia íntegra de la Historia Clínica de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO entre los años referidos.

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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. El **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificada en notjudicial@fiduprevisora.com.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 **CLINICA GENERAL DEL NORTE** exhibir en la

oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica dla señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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, dado a que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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. CLINICA GENERAL DEL NORTE puede ser notificada en juridica@clinicageneraldelnorte.com.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, para que remita copia íntegra de la Historia Clínica dla señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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 la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO, 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. El **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificada en notjudicial@fiduprevisora.com.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 de la señora ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO 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 la asegurada 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 la asegurada. 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 la aseguradora, 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

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.