

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: DESCORRE TRASLADO A LA CONTESTACIÓN Y A LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS.**

**LICETH QUINTERO ORTIZ**, mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía Nro.1.144.146.001 y Tarjeta Profesional número 381458 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada judicial de la señora **ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO**, mayor de edad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.22.672.072, de manera atenta y respetuosa me dirijo a su despacho con el propósito de DESCORRER TRASLADO A LA CONTESTACIÓN Y LAS EXCEPCIONES propuestas por los señores BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BBVA COLOMBIA S.A., con base en los siguientes:

**PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS:**

**NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA (primera)**

En el contexto del derecho de seguros, es fundamental que las aseguradoras puedan contar con información clara y legible para determinar la asegurabilidad de un solicitante, especialmente cuando existen disposiciones legales sobre la buena fe y la reticencia en las declaraciones hechas al momento de contratar una póliza. A continuación, se presentan los principales argumentos jurídicos que se pueden emplear para sostener que no es posible declarar de manera fehaciente el riesgo cuando la declaración de asegurabilidad es ilegible, si la persona encargada de diligenciar los campos es la asesora y además se trataba de una persona mayor que no podía leer un documento borroso.

La ley establece que la información que se recopila de un asegurado para la emisión de una póliza debe ser clara, completa y comprensible. La Superintendencia Financiera de Colombia ha señalado en reiteradas ocasiones que la legibilidad y claridad de la documentación vinculada a los contratos de seguros es esencial para garantizar la correcta comprensión de las partes involucradas (Superintendencia Financiera, Concepto 1589 de 2010).

El principio de buena fe objetiva, estipulado en el Código de Comercio y la normativa relacionada con los contratos de seguro, exige que la aseguradora reciba información suficientemente clara para poder evaluar el riesgo real. Si la declaración de asegurabilidad es ilegible, es evidente que no se está cumpliendo con el principio de claridad y transparencia, lo que impide que la aseguradora pueda conocer y asumir el riesgo de manera adecuada.

Además, según la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia (Sentencia de 27 de noviembre de 2018, expediente 50.788), cuando la aseguradora no cuenta con una declaración clara y legible, se debe entender que no puede formarse un juicio certero sobre la condición del asegurado, lo que podría generar nulidad del contrato por falta de información.

La reticencia en la declaración de asegurabilidad tiene dos elementos fundamentales: subjetivo y objetivo.

- Elemento subjetivo: Implica la intención del asegurado de ocultar información que afecte su riesgo, lo que podría configurarse en un intento de fraude o mala fe por parte del asegurado. Si un asegurado no puede leer un documento borroso, es razonable suponer que no tiene la capacidad de ocultar información deliberadamente, ya que no está en condiciones de comprender o verificar los datos proporcionados.
- Elemento objetivo: Se refiere a la falta de declaración de hechos que de haber sido conocidos por la aseguradora habrían influido en la aceptación del contrato o en las condiciones del mismo. En este caso, si la información proporcionada es ilegible o incompleta debido a un error en la diligencia de los campos por parte de la asesora, no puede hablarse de reticencia por parte del asegurado, sino de una omisión provocada por circunstancias ajenas a su voluntad.

En relación con esto, la Superintendencia Financiera ha establecido que en casos en los que la falta de claridad en la declaración se debe a un error no imputable al asegurado, no puede configurarse la reticencia, ya que no hay una omisión maliciosa o intencional (Superintendencia Financiera, Concepto 1084 de 2014).

Nótese incluso, que los apoderados de la aseguradora tuvieron que utilizar o transcribir las preguntas de la declaración de asegurabilidad - seguramente utilizando o con ayuda del área técnica - para que la Superintendencia pudiera entender el contenido de las preguntas.

El hecho de que la persona encargada de diligenciar los campos sea una asesora de la aseguradora agrega otro factor relevante. La Corte Constitucional, en la Sentencia T-618 de 2017, ha señalado que si una persona no puede leer o entender los documentos que firma (por razones de edad o discapacidad), la responsabilidad recae sobre el asesor o agente que actúa en nombre de la aseguradora. En estos casos, la aseguradora tiene la obligación de asegurarse de que el asegurado comprenda los términos y condiciones del contrato y que la información contenida en el formulario sea clara y legible.

De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia (Sentencia 710 de 2004), si el asegurado no pudo participar activamente en la diligencia de la declaración debido a un

impedimento físico o intelectual (como la edad avanzada), la aseguradora no puede invocar su responsabilidad en caso de que surjan problemas relacionados con la omisión de información, ya que el error o la omisión son atribuibles a su asesor.

De acuerdo con el artículo 1053 del Código de Comercio, cualquier ambigüedad en los contratos de seguros debe interpretarse de la manera más favorable al asegurado. Esto implica que, si la documentación es ilegible o difícil de entender, y se demuestra que el asegurado no pudo tener una comprensión clara de los términos del contrato, la interpretación debe favorecer al asegurado.

En conclusión, en un escenario en el que la declaración de asegurabilidad es ilegible, la persona encargada de diligenciar los campos es la asesora de la aseguradora, y se trata de una persona mayor que no puede leer un documento borroso, no se puede declarar fehacientemente el riesgo, ya que se vulneran principios básicos del contrato de seguros: la claridad, la buena fe, y la transparencia. La reticencia no puede configurarse bajo estas circunstancias, pues no hay mala fe o dolo por parte del asegurado, sino una falta de diligencia por parte de la aseguradora, que podría dar lugar a la nulidad del contrato o la invalidación de la declaración de asegurabilidad.

#### **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL (segunda)**

Las aseguradoras tienen la obligación de verificar la condición médica de los asegurados, ya sea mediante exámenes médicos o solicitando exámenes recientes. Esto se debe a que el contrato de seguro es de adhesión.

La Corte ha sentado: corresponde a la aseguradora corroborar la condición médica del tomador o asegurado, ya sea a través de la realización de exámenes médicos o la entrega de unos recientes, y que esta obligación no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías. Dada la naturaleza de adhesión que generalmente presenta este tipo de contratos, es la aseguradora quien tiene la responsabilidad de verificar el estado de salud de quien solicita la expedición de la póliza.

Por su parte, en la sentencia T-342 de 2013, se tutelaron los derechos a la vida, al mínimo vital, a la familia, a la alimentación, a la salud y a la dignidad humana de un docente calificado con un 97% de pérdida de capacidad laboral, que previamente había adquirido varios créditos respaldados con una póliza de seguro de “*vida deudores*”. Al solicitar que se cancelara la póliza debido a la ocurrencia del siniestro asegurado, su reclamación fue objetada por la compañía aseguradora, debido a que el asegurado habría incurrido en reticencia. Para la Sala Sexta de Revisión la aseguradora “[...] omitió realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para determinar el estado de salud del demandante. Además, lo consignado en las denominadas condiciones del contrato de seguro tampoco justifica tal proceder, pues como se explicó, ello evidentemente coloca al actor en indefensión

frente a la aseguradora. No es admisible entonces que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, Equidad Seguros alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso del señor Jorge Octavio Ortiz Álvarez a la póliza de seguro de vida deudores”. Por ello ordenó a la aseguradora efectuar los trámites necesarios para pagar los saldos insolutos de las obligaciones crediticias adquiridas por el actor.

Finalmente, en la sentencia T-222 de 2014 se estudiaron varios casos en los cuales unos ciudadanos adquirieron créditos con entidades financieras, respaldados por contratos de seguros celebrados con diferentes compañías. Los accionantes fueron declarados inválidos, pese a lo cual, al solicitar que se cancelaran las pólizas de seguros, las aseguradoras se negaron a proceder en dicha forma, por considerar que habían incurrido en reticencia. La Sala Novena de Revisión concluyó que si bien la no declaración de una condición de salud (pre-existencia) puede dar lugar a la configuración de reticencia, para que esta se configure la aseguradora debe probar la mala fe del tomador. En tal sentido indicó: “*la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia*”.

En sentencia T 316 de 2015, la Corte Institucionaliza concluyó: “*(i) la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador; (ii) debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales, las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, entre ellas, (iii) deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro; asimismo, (iv) han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia; (v) las aseguradoras no pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes*”.

## LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO (tercera)

En cuanto el deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

**La Corte Suprema de Justicia - Sala Civil, ha destacado** los siguientes pronunciamientos que a la fecha han sido adoptados en la materia: T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-007 de 2015, T-393 de 2015, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-676 de 2016 y T-251 de 2017.

La anterior postura fue acogida por la Corte en sentencia STL7955-2018, donde, al revocar un fallo emitido por la Sala Civil de la C.S.J., indicó:

*“(...) quienes deben probar [la reticencia] son las aseguradoras, sin que se pueda concluir que por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, se falte a la verdad, ya que en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente para que se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el escrito, por lo que siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades (...).”*

*“(...) Por manera que, reitera la Sala, la entidad aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor (...).”*

**En sentencia STC1409-2021 la Corte Suprema de Justicia - Sala Civil, sostuvo:**

*“4. El análisis del precedente trasuntado resultaba esencial para abordar el tema aquí planteado, por cuanto, si bien a la beneficiaria se le puso de presente un “cuestionario” diseñado por el asegurador, el cual lo diligenció con información distinta a la contenida en su historia clínica, respecto de padecimiento de enfermedades como “profilaxis fiebre reumática”, “lumbago” y “hepatitis A reumatoidea”; ello per se, no implica, mecánicamente, la configuración de la nulidad relativa del negocio aseguratorio, pues, debía estar demostrado fehacientemente la conexidad de las enfermedades padecidas precontractualmente con el siniestro y la mala fe de la tutelante, aspecto este último que no se comprobó en la contienda.*

*Nótese, no era admisible atribuirle mala fe a la petente, si no estaba demostrada su intención de ocultar su estado de salud para evitar cambios contractuales o sacar ventaja en esa relación jurídica, independientemente si aquélla tenía conocimiento de los padecimientos invocados como fundamento de la reticencia.*

*Entonces, si el artículo 1059 del Código de Comercio sanciona la mala fe en la conducta del asegurado, evidente es, mientras ésta no sea demostrada por la aseguradora su alegación de reticencia no produce la nulidad relativa del contrato, situación que así debió declararse en el caso subexámine, pues el extremo pasivo no demostró ninguna actuación de su contraparte tendiente a predicar un quebrantamiento a la lealtad contractual regida entre ambos”.*

#### 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 (cuarta)

Esta excepción carece de fundamento, pues no se ha probado la reticencia ni la mala fé, y por ende no puede predicarse la nulidad del contrato de seguro, y menos aún ejercer de manera arbitraria la retención de primas.

#### CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN (quinta)

En cuanto al deber de información y su cumplimiento no es cierto, en el cuestionario de salud no se preguntó sobre los antecedentes que causaron la incapacidad total y permanente de la senora Rosa Julia Pizarro Maldonado, a su vez no hubo explicación sobre las preguntas debido que se excluyen principios generales de la Ley 1328 de 2009, que establecen los objetivos de la protección del consumidor financiero y más importante aún se desconoce la

circular externa 029 de 2014 de la Superintendencia financiera de Colombia que contiene instrucciones específicas sobre el alcance de la información que deben suministrar la entidades aseguradoras a los consumidores, siendo este último el que establece la necesidad dentro del proceso de colocación de equilibrar la asimetría de la información que existe entre la aseguradora que conoce los detalles del producto y el consumidor que puede no tener el mismo nivel de conocimiento técnico y de protocolización del proceso de colocación desamparando este a la suerte de que tan capacitado este el asesor comercial y si realiza su labor de manera íntegra y responsable con la ley y el consumidor financiero, de no ser así es imprescindible que la información que se remite a el consumidor financiero por correo sea la misma que se le suministra físicamente. De acuerdo a las pruebas presentadas la declaración de asegurabilidad es ilegible, es por esto que es imprescindible no hablar del deber a la información y excluir el equilibrio en la relación contractual con el fin de evitar que una de las partes se aproveche de la falta de conocimiento de otra y evite ser sorprendido por términos y condiciones desfavorables.

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.(sexto)

Esta excepción carece de fundamento debido que el clausulado del seguro en su acápite de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE” menciona “ o por parte de los organismos por los que este facultados por la Ley.

De acuerdo al artículo 52 de la Ley 962 de 2005, Las entidades facultadas para emitir un dictamen de pérdida de capacidad laboral son las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), en primera oportunidad, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez en primera instancia y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez en segunda y última Instancia.

INEXISTENCIA DE PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS Y TAMPOCO PARA INTERPONER LA PRESENTE ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO. (séptima, octava)

No hay prescripción de acciones del contrato de seguro debido a que no han transcurrido dos años desde el siniestro y la póliza sigue vigente por la existencia del amparo de vida.

En relación con la prescripción de las acciones derivadas de un contrato de seguro, es fundamental considerar los plazos establecidos en la legislación colombiana, específicamente en el Código de Comercio, y las directrices de la Superintendencia Financiera de Colombia (SFC) en cuanto a los términos de prescripción y la vigencia de las pólizas. En este contexto, se puede argumentar que no ha operado la prescripción, dado que no ha transcurrido el plazo de dos años desde la ocurrencia del siniestro y, además, la póliza sigue vigente al mantenerse incólume el amparo de vida. A continuación, se detallan los fundamentos legales y jurisprudenciales que respaldan esta postura.

El Código de Comercio colombiano establece que las acciones derivadas de un contrato de seguro, como la acción para el pago de la indemnización por siniestro, prescriben a los dos años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde que el asegurado haya tenido conocimiento de la ocurrencia del hecho que da lugar al siniestro (Artículo 1082 del Código de Comercio).

En este sentido, la prescripción solo puede iniciarse una vez haya transcurrido este plazo de dos años desde la ocurrencia del siniestro. Si aún no han pasado los dos años, el derecho del asegurado a reclamar la indemnización no ha prescrito, y las acciones derivadas del contrato siguen siendo válidas.

El artículo 1077 del Código de Comercio establece que el contrato de seguro se extingue por el cumplimiento de su objeto (es decir, cuando el riesgo cubierto ha ocurrido y la indemnización ha sido pagada), por mutuo acuerdo entre las partes, o por la expiración del término pactado en la póliza.

Sin embargo, si el asegurado sigue pagando la prima correspondiente, y la póliza de seguro sigue activa (sin que haya sido cancelada o vencida), el amparo sigue vigente, en especial si se trata de un seguro de vida. En este contexto, la Superintendencia Financiera de Colombia ha reiterado que mientras la póliza esté vigente y no se haya producido su extinción, las coberturas y los amparos contratados permanecen en efecto, independientemente de que el siniestro haya ocurrido antes de la vigencia de la póliza, siempre que no haya transcurrido el plazo de prescripción.

En este sentido, si la póliza sigue vigente y el siniestro ocurrió dentro del término de cobertura, y no han transcurrido dos años desde su ocurrencia, el asegurado conserva su derecho de reclamar la indemnización correspondiente. La existencia del amparo de vida, que normalmente no se extingue de manera inmediata con el siniestro, refuerza que la cobertura sigue en pie.

La Superintendencia Financiera de Colombia ha abordado casos relacionados con la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en varias ocasiones. En el Concepto 1397 de 2016, la Superintendencia aclaró que, de conformidad con el artículo 1082 del Código de Comercio, el término de prescripción de las acciones del contrato de seguro es

de dos años a partir de la ocurrencia del siniestro, y no puede contarse antes de que dicho plazo haya transcurrido.

Además, la SFC ha señalado en diversas interpretaciones que si el asegurado aún cuenta con una póliza vigente y no ha transcurrido el plazo de prescripción, las acciones pueden ejercerse dentro de dicho término, sin que sea necesario un nuevo acuerdo entre las partes.

En cuanto al amparo de vida, si este sigue vigente y se prueba que el siniestro ocurrió durante el período cubierto por la póliza, se continúa considerando que el seguro está activo, y por lo tanto, la prescripción no ha operado aún.

En consecuencia, al no haberse cumplido el plazo de dos años desde la ocurrencia del siniestro, y dado que la póliza sigue vigente y el amparo de vida permanece incólume, no ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Las acciones del asegurado para reclamar la indemnización siguen siendo válidas y pueden ser ejercidas dentro del término de dos años desde la ocurrencia del siniestro. Además, la existencia del amparo de vida refuerza que la cobertura sigue activa, permitiendo que el asegurado tenga derecho a reclamar.

Este enfoque está respaldado por la legislación colombiana, el Código de Comercio, y la jurisprudencia emitida por la Superintendencia Financiera, lo cual garantiza la protección de los derechos del asegurado mientras no se haya producido la extinción del contrato o el transcurso del término de prescripción.

**Cordialmente,**

**LICETH QUINTERO ORTIZ**

C.C. 1.144.146.001

T.P. 381458 del Consejo Superior de la Judicatura