

Señores

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

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
RADICACIÓN: 2025007566
EXPEDIENTE: 2025-1219
DEMANDANTE: ARGEMIRO POSSO RIVERA
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

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

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: No es cierto tal y como está formulado. Si bien es cierto que el 21 de febrero de 2024 BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. emitió la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552 en la que el señor Argemiro Posso Rivera tiene la calidad de tomador y asegurado, debe decirse que los amparos contratados fueron los de muerte accidental, incapacidad total y permanente accidental, desmembración por accidente, indemnización adicional por muerte accidental en Servicio Público, Asistencia y renta diaria por hospitalización.

FRENTE AL HECHO 2: Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se hacen en el presente numeral, me pronunciaré de la siguiente manera:

Es cierto lo manifestado en el hecho con relación a la emisión del Dictamen No. 15202401464 del 03 de diciembre de 2024 en donde la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima

determinó un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 51,36% para el señor Posso Rivera el cual tiene origen y riesgo la enfermedad común.

No obstante, no es cierto lo manifestado en el hecho respecto a que el dictamen emitido haya tenido su origen en exámenes de rutina como lo afirma el demandante. Basta con revisar el dictamen precitado para constatar el motivo por el cual se emitió el mismo:

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Solicitud personal radicada el 05 de agosto de 2024 por el señor ARGEMIRO POSSO RIVERA, quien solicita: **"(SMC) (RA) ARGEMIRO POSSO RIVERA, identificado con cédula de ciudadanía No. 16279645, Domiciliado en la ciudad de Ibagué Tolima por medio del presente documento solicito valoración médica para evaluar mi disminución laboral y/o invalidez." para condonación de deuda .**

Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral Ocupacional del 03 de diciembre de 2024.

Transcripción parte esencial: *"Solicitud personal radicada el 05 de agosto de 2024 por el señor ARGEMIRO POSSO RIVERA, quien solicita ... Por medio del presente documento solicito valoración médica para evaluar mi disminución laboral y/o invalidez para condonación de deuda."*

De lo anterior se colige que el señor Argemiro Posso Rivera solicitó la calificación de invalidez ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima para fines económicos.

Por otro lado y como se probará en el curso del proceso, el señor Argemiro Posso contaba con una Invalidez superior al 50% desde el año 2020 y tal hecho tuvo lugar mucho antes de la vigencia de la Póliza AP Familiar, la cual contaba con una vigencia del 21 de febrero de 2024 al 21 de febrero de 2025. En consecuencia, era un supuesto fáctico ya consolidado que no podría entenderse amparado por el mentado contrato de seguro. En consecuencia, al probarse que dicha Invalidez ocurrió con antelación a la vigencia del contrato de seguro, es indudablemente un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse un riesgo y mucho menos constituye un supuesto fáctico susceptible de aseguramiento. Por ende, ninguna obligación indemnizatoria encaminada a satisfacer tal pretensión puede ser atribuida a mi representada. Lo anterior sin perjuicio de que el contrato de seguro cubre exclusivamente la incapacidad total y permanente accidental.

FRENTE AL HECHO 3: No es cierto en la forma que se expresa. Si bien se presentó una solicitud de indemnización el 13 de diciembre de 2024, lo cierto es que no podrá surgir obligación indemnizatoria en cabeza de la compañía de seguros, por cuanto en el caso que nos ocupa: i) Se presenta una falta de cobertura de los hechos ciertos, ii) Se ha materializado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, iii) Se presenta una falta de cobertura material atendiendo

a que el asegurado se encontraba al servicio de las fuerzas armadas o de la policía en el momento en que sufrió varias de sus enfermedades, iv) Se presenta una falta de cobertura material debido a que la Póliza no cubre la incapacidad de origen común, y en todo caso v) Se ha materializado la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia.

FRENTE AL HECHO 4: Es cierto lo manifestado en el hecho respecto a la respuesta emitida por mi representada. Por medio de comunicación escrita con fecha del 19 de diciembre de 2024, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objetó formalmente la solicitud de indemnización realizada teniendo en cuenta que, entre múltiples circunstancias que se probarán en el proceso, se advierte que el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima, se establece que como origen y riesgo de las patologías del demandante la enfermedad común, condición que no se encuentra amparada dentro de la póliza. En el caso de marras no se configura ninguna de las situaciones fácticas descritas como riesgos cubiertos para el amparo de *Incapacidad Total y Permanente Accidental*. En este sentido, pese a que obra un dictamen de pérdida de capacidad laboral que determina una incapacidad laboral superior al 50%, la Póliza de seguro no lo cubre materialmente, pues no hay discusión que el origen y riesgo de las enfermedades que se enlistan en dicho dictamen no se adecuan al marco de riesgos contratados, es decir, no se originaron en un accidente. Por todo lo indicado no existe entonces sustento alguno para declarar la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que se probará en el trámite del proceso que para este caso i) Se presenta una falta de cobertura de los hechos ciertos, ii) Se ha materializado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, iii) Se presenta una falta de cobertura material atendiendo a que el asegurado se encontraba al servicio de las fuerzas armadas o de la policía en el momento en que sufrió sus enfermedades, iv) Se presenta una falta de cobertura material debido a que la Póliza no cubre la incapacidad de origen común, y en todo caso v) Se ha materializado la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia. De lo anterior se afirma entonces que no existe sustento alguno para declarar la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1: Me opongo a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para hacer efectiva la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552, tomada por ARGEMIRO POSSO RIVERA. Lo anterior atendiendo que se probará se proba en el trámite del proceso que para este caso i) Se presenta una falta de cobertura de los hechos ciertos, ii) Se ha materializado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, iii) Se presenta una falta de cobertura material atendiendo a que el asegurado

se encontraba al servicio de las fuerzas armadas o de la policía, iv) Se presenta una falta de cobertura material debido a que la Póliza no cubre la incapacidad de origen común, y en todo caso v) Se ha materializado la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Frente al momento en el que se empiezan a causarse los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades que estos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo”¹

Lo anterior, deja claro que la pretensión del demandante en este caso no tiene vocación de prosperidad, puesto que los intereses moratorios podrían empezar a causarse solo hasta que el fallo judicial brinde certeza sobre la obligación. Toda vez que antes de proferirse el fallo, no existe certeza sobre la obligación de indemnizar.

FRENTE A LAS PRETENSIONES 3 Y 4: ME OPONGO a las pretensiones elevadas, por sustracción de materia, en tanto que resultan consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, estas también deben ser desestimadas frente a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

No se emitirá pronunciamiento alguno en este sentido, atendiendo a que la parte demandante no está solicitando el reconocimiento de una indemnización, compensación o al pago de frutos, y en todo caso no se dan los presupuestos del artículo 206 del C.G.P.

¹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. FALTA DE COBERTURA DE LOS HECHOS CIERTOS CONFORME AL ART. 1054 DEL C.CO.

Es menester dejar claro a la Honorable Delegatura que, en este asunto, la Cobertura pactada en la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552 la cual pretende afectarse, corresponde a la Invalidez total derivada de accidente, conforme se encuentra establecido en su condicionado aplicable, esto, que la Invalidez sea producto de un hecho violento, visible, externo, imprevisto y repentino. Sin perjuicio de que la Póliza en mención no cubre la Invalidez común, sino, como se ha precisado, la que se deriva de un accidente, en el remoto e hipotético evento en que se declare por parte del Delegado que el riesgo amparado en la Póliza corresponde a una Incapacidad Total y Permanente ordinaria, en todo caso deberá exonerarse a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. de cualquier obligación de pago, teniendo en cuenta que, conforme se probará en el trámite del proceso, para el momento en que el señor Argemiro Posso contrató la Póliza AP Salud Familiar el día 21 de febrero de 2024, este ya contaba con una Invalidez mayor al 50% y que fue calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad, o en su defecto de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Resulta fundamental que se tome en consideración que la póliza ya referenciada no ofrecerá cobertura con ocasión a la solicitud de indemnización del 13 de diciembre de 2024, pues conforme se probará en el curso del proceso, el señor Argemiro Posso ya contaba con una Invalidez mayor al 50% para el año 2020, esto es, con anterioridad a la vigencia del contrato de seguro por el cual mi representada se encuentra vinculada al proceso. En tal virtud, para que pueda predicarse el amparo, es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la póliza. No obstante, en este caso la vigencia comprendió desde el 21 de febrero de 2024 hasta el 21 de febrero de 2025

Por lo anterior, resulta evidente que los riesgos amparados por la Aseguradora son aquellos que ocurren dentro de la vigencia de la póliza de seguro. En otras palabras, para que sea jurídicamente posible la afectación de la póliza, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. Al respecto ha indicado el Consejo de Estado:

*“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resulta de la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que **únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso**, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto, el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que “Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del*

*seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. **Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro***

*33. De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, “Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es **que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza,** puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la ley”² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha indicado que los riesgos dentro de la póliza deben ser determinados temporalmente, en el marco de la autonomía de la voluntad de las partes. De modo que los mismos deberán ser respetados puesto que así lo han pactado las partes en el contrato de seguro.

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, **sin límites temporales,** o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, **temporal** y espacialmente³.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Frente a este mismo tema, la Corte ha indicado en reiteradas oportunidades que, tratándose de seguros contratados en la modalidad ocurrencia, el hecho dañoso debe indudablemente acontecer durante la vigencia de la póliza. Es decir, que para que nazca obligación condicional del asegurador deberá tener lugar el hecho dañoso durante la limitación temporal pactada en la póliza, como se lee:

² Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472). Consejera Ponente: Danilo Rojas Betancourth.

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

*“Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso, indudablemente. **Acontecido durante la vigencia de la póliza** (seguro basado en la ocurrencia”⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de esta. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la Legislación Colombiana estableció en el artículo 1057 del Código de Comercio, desde qué momento se asumen los riesgos por parte de la Aseguradora, así:

“ARTÍCULO 1057. TÉRMINO DESDE EL CUAL SE ASUMEN LOS RIESGOS.
En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato.”

En otras palabras, para que el contrato de seguro preste cobertura temporal resultaba totalmente necesario que el evento en virtud del cual se realiza la solicitud indemnizatoria, ocurra dentro de la vigencia comprendida entre el 21 de febrero de 2024 y el 21 de febrero de 2025. Sin embargo, como se probará a la Honorable Delegatura, el señor Posso Rivera contaba con una Invalidez superior al 50% calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad, o en su defecto de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional con anterioridad a la suscripción de la Póliza AP Salud Familiar. Dicho suceso habría ocurrido en el año 2020 cuando la cobertura de la póliza no estaba vigente, por lo que es claro que de la mera lectura de la póliza, se encuentra que el contrato de seguro por el cual fue vinculada mi representada no presta cobertura temporal para los hechos base del presente litigio, veamos:

Vigencia	A las 24:00 Horas
Desde: 21/02/2024	Hasta: 21/02/2025

Documento: Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552

Por lo indicado, la Compañía Aseguradora no estaría llamada a responder en este caso, puesto que como se probará en el trámite procesal, para la fecha en que se suscribió la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552, el señor Posso Rivera contaba con una Invalidez superior al 50% calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad, o en su defecto de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional desde el año 2020, esto es, mucho antes de que iniciara la cobertura de la póliza y será razón suficiente para desestimar cualquier pretensión

⁴ Corte Suprema de Justicia. SC5217 de 2019. Radicación 2008-00102. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

encaminada a obtener indemnización o pago alguno con cargo a la póliza de seguros, puesto que la misma no ofrece cobertura.

Ahora bien, el Despacho también debe considerar las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio el cual, al referirse a la definición de riesgo, de manera explícita define que los hechos ciertos no constituyen riesgos, pues al tenor literal dispone “*Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. **Los hechos ciertos**, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, **no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro**. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.*” (subrayado y negrilla añadido).

Es decir, lo anterior implica que ante la configuración de determinada situación fáctica ella no podría constituir un riesgo amparado por el contrato de seguro, en otras palabras, el hecho de que el señor Argemiro Posso contara con una Invalidez superior al 50% calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad, o en su defecto de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional desde el año 2020, siendo este hecho anterior a la fecha de cobertura del seguro, no constituye un riesgo por ser un hecho cierto y extraño al contrato de seguro. La anterior afirmación encuentra sustento en aquello que la misma legislación mercantil ha considerado como riesgos inasegurables, como los que se enlistan en el artículo 1055, veamos:

*“ARTÍCULO 1054. <DEFINICIÓN DE RIESGO>. Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. **Los hechos ciertos**, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.” (subrayado y negrilla añadido)*

La Corte Suprema de Justicia ha definido efectivamente el riesgo en materia de seguros de la siguiente manera:

*“El riesgo, elemento esencial del contrato de seguro, justamente es un **acontecimiento futuro e incierto temido por el acreedor, por el contratante o por el tomador**; llámese terremoto, incendio, inundación, enfermedad, inclusive la propia muerte (artículos 1054 y 1137 del Código de Comercio), etc.; esta última, entendida como “(...) **la incertidumbre del acontecimiento de una contingencia desfavorable**”. Todos esos fenómenos se aseguran, no para suprimir el hecho condicional, sino con el propósito de obtener una indemnización o compensación económica, ante la ocurrencia de la condición o del evento*

*dañoso o del acontecimiento temido. Por tanto, **el riesgo, en general es un hecho condicionante, esto es, verdadera circunstancia futura e incierta, por la posibilidad de su ocurrencia al mediar la incertidumbre de que sobrevenga el hecho por obra del azar, del alea, afectando patrimonialmente a un sujeto de derecho, en forma concreta (seguro de daños), o en forma abstracta (seguro de personas).***⁵ (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

La importancia de lo que precede radica en que es de la esencia del contrato de seguro su carácter aleatorio, el cual, implica que la obligación que de este se deriva pende de la realización de un hecho futuro respecto del cual no se tiene certeza sobre su ocurrencia. Si se pretendiera, como en el caso concreto se pretende, hacer exigible la obligación que emana del contrato de seguro por un hecho ya acaecido y por tanto cierto, ello implicaría eliminar completamente su esencia aleatoria, para transformarlo en un contrato conmutativo.

Es así que, no queda duda que la configuración de un supuesto fáctico o la realización del “riesgo” de manera anterior al contrato de seguro en ninguna manera puede entenderse como riesgo asegurado, por lo que, tratándose del caso bajo análisis, conforme se probará en el trámite del proceso, el señor Argemiro Posso contaba con una Invalidez superior al 50% desde el año 2020 y tal hecho tuvo lugar mucho antes de la vigencia de la Póliza AP Familiar, la cual contaba con una vigencia del 21 de febrero de 2024 al 21 de febrero de 2025. En consecuencia, era un supuesto fáctico ya consolidado que no podría entenderse amparado por el mentado contrato de seguro.

En conclusión, la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552 no prestará cobertura frente al Amparo de Invalidez Derivada de un accidente, sin perjuicio de que el contrato de seguro no cubre la Invalidez común. No obstante, en el remoto e hipotético evento en que la Delegatura declare que el riesgo asegurado corresponder a la Invalidez, deberá exonerarse a mi representada, teniendo en cuenta que conforme se probará con suficiencia en el trámite procesal, que para el momento en que el señor Argemiro Posso Rivera, contrató la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552, este ya tenía una invalidez superior al 50% desde el año 2020, la cual fue calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad, o en su defecto de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. En consecuencia, al probarse que dicha Invalidez ocurrió con antelación a la vigencia del contrato de seguro, es indudablemente un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse un riesgo y mucho menos constituye un supuesto fáctico susceptible de aseguramiento. Por ende, ninguna obligación indemnizatoria encaminada a satisfacer tal pretensión puede ser atribuida a mi representada.

Por lo anterior, respetuosamente ruego al Honorable Juez tener por probada esta excepción.

⁵ Sentencia de 15 de junio de 2016, SC7814-2016, Radicación No. 05001-31-03-010-2007-00072-01. M.P Luis Armando Tolosa Villabona.

2. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Desde este momento, solicito al honorable Despacho tener consideración que la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552 no podrá hacerse efectiva, debido a que en el presente caso operó la prescripción ordinaria del contrato de seguro, pues tal y como se probará en el trámite procesal el hecho que da base a la acción se produjo desde el 01 de febrero del año 2020. En ese sentido, la parte demandante estaba obligada a ejercer la acción dentro de los dos años siguientes a la fecha del haberse declarado la Invalidez conforme lo indica el artículo 1081 del Código de Comercio, al tener pleno conocimiento de tal situación en su calidad de asegurado. En esta medida contando con el hecho que da base a la acción, el hoy demandante tenía **hasta el 15 de mayo de 2022** para presentar la demanda, atendiendo a la suspensión de términos entre el 16 de marzo de 2020 y el 01 de julio del mismo año como consecuencia de la pandemia por el COVID-19 y no lo hizo sino hasta el **20 de enero de 2025**, cuando el término prescriptivo había fenecido. Lo anterior, sin perjuicio de que el riesgo cubierto en el seguro es la invalidez derivada de un accidente y no la invalidez propiamente dicha.

En ese sentido, es dable manifestar 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 por fuera de texto)

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-, prohió para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el 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.”⁶ (Subrayado fuera del texto original)*

De modo que resulta claro que el término bienal para que opere la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro deberá empezar a contarse desde el momento en que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, pues es allí cuando nace la obligación condicional de esta. Así lo ha expuesto la Corte y lo ha confirmado en diversos planteamientos jurisprudenciales que dan cuenta de que es la fecha del siniestro la que marca el hito temporal a partir del cual deberá empezar a contarse el término bienal de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro.

De los hechos de la demanda y tal como se probará en el trámite procesal, para el 01 de febrero de 2020 el señor Argemiro Posso Rivera, ya tenía una invalidez superior al 50%, la cual fue calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad, o en su defecto de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Razón por la cual desde ese momento empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio para que la parte demandante ejerciera las acciones derivadas del Seguro en contra de mi representada.

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

En ese sentido, la prescripción extintiva de la acción ordinaria en contra de mi representada, se consolidó el 15 de mayo de 2022, atendiendo a la suspensión de términos entre el 16 de marzo de 2020 y el 01 de julio del mismo año como consecuencia de la pandemia por el COVID-19. Sin embargo, ARGEMIRO POSSO RIVERA solo presentó la demanda hasta el **20 de enero de 2025**, es decir, cuando ya la acción derivada del contrato de seguro había prescrito. De lo anterior se colige que el asegurado debía haber presentado la demanda a más tardar el 15 de mayo de 2022, por lo cual es evidente que en el presente caso operó el fenómeno jurídico de la prescripción.

En conclusión, no existe duda alguna que ha operado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del asegurado en los términos de del artículo 1081 del Código de Comercio. Por cuanto, es claro que el término prescriptivo feneció con creces, al haber transcurrido más de dos años desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (01 de febrero de 2020), y hasta que se radicó la demanda en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (20 de enero de 2025).

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

3. FALTA DE COBERTURA MATERIAL AL ESTAR ANTE RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO EN LA PÓLIZA AP SALUD FAMILIAR NO. 00130913055442231552.

En primer lugar, es necesario indicar que si bien entre el señor ARGEMIRO POSSO RIVERA y mi representada se suscribió una Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552 a fin de asegurar su vida, así como el riesgo derivado de la incapacidad total y permanente accidental, lo cierto es que el contrato de seguro tiene unas condiciones particulares y generales que deben atenderse a fin de definir cualquier obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. En este orden de ideas, tal y como se probará en el curso del proceso, la invalidez total del asegurado se declaró en el año 2020, mientras se encontraba al servicio de las fuerzas armadas o de la policía, situación que se enmarca dentro de los riesgos expresamente excluidos de cobertura contemplados en el numeral 2. literal I, respecto de las exclusiones del contrato de seguro y 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, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“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)>>”⁷. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2019, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

*“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, **en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.**”*

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «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»⁸ (Subrayado y negrilla en el 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

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 4527 -2020. Noviembre 23 de 2020

⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia. Expediente 2008-00193-01. Diciembre 13 de 2019.

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)⁹. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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 riesgos excluidos, 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. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552, en sus condiciones generales señala la exclusión aplicable a este caso, por lo que no podrá condenarse a mi prohijada:

2. ¿Qué no te cubrimos?

I. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL SERVICIO DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE LA POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL EN LABORES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD.

Documento: Condicionado general de la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552

Así las cosas, y conforme se probará en el trámite procesal a la Honorable Delegatura, la invalidez total del señor Argemiro Posso Rivera se declaró en el mes de febrero del año 2020, lapso de tiempo en el cual el demandante aún se encontraba al servicio de las fuerzas armadas o de la policía, pues tal y como se observa de las mismas descripciones contenidas en el dictamen de pérdida de capacidad laboral que se incluye con la demanda, el demandante fue retirado apenas en el año 2020 y cursaba con sendos antecedentes de salud desde el año 2016. Por lo tanto, es claro cómo se configura la situación fáctica descrita en el numeral 2. del literal I del condicionado aplicable al contrato de seguro, evento en el que la Póliza de seguro no cubre materialmente el suceso, atendiendo a que el asegurado se encontraba al servicio de las fuerzas armadas o de la policía para el momento en que le fue declarada la invalidez total en el año 2020

Adicionalmente, es preciso dejar en claro a la Honorable Delegatura, que BBVA Seguros de vida Colombia S.A. actuó en debida forma y cumplió con el deber de información al momento de ofertar la póliza que finalmente fue tomada por el demandante, en tanto se le dejó en claro que el amparo

9 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.

contratado de incapacidad total y permanente, solo aplicaba para accidentes. Lo anterior conforme se puede extraer de la grabación de audio telefónico que se incluye con este escrito como prueba y de la cual citamos los siguientes apartes:

ASESORA: “(...)... Ya tiene conocimiento de lo que es una hospitalización porque se lo pregunto señor Argemiro porque nuestro objetivo no solo es brindarle este respaldo si a usted de pronto lo llegan a hospitalizar sea por un accidente o una enfermedad lo ideal es que también pueda contar con cien mil pesos que BBVA le paga a usted por cada día de hospitalización con un periodo de carencia de 30 días calendario y adicional una indemnización de cien millones de pesos en caso de sufrir una incapacidad total y permanente a causa de un accidente, ya si Dios no lo quiera señor Argemiro usted llega a fallecer a causa de ese accidente los cien millones de pesos van a pasar directamente a los beneficiarios de ley o que usted mismo llegase a elegir, son hasta 6 personas señor Argemiro que usted puede inscribir sin ningún costo adicional no tiene que pagar nada por cada una de ellas todo está incluido dentro de nuestra póliza Accidentes Personales Salud Familiar, la estamos ofreciendo por un aporte de solamente mil novecientos cincuenta pesos diarios tampoco tiene que pagar nada adicional, dígame.

ARGEMIRO POSSO: No no no, la estaba escuchando señorita.

ASESORA: Vale señor Argemiro le estaba comentando que en el momento que usted solicite los servicios tampoco le van a cobrar absolutamente nada adicional. Tiene de pronto alguna duda hasta aquí señor Argemiro o la información está siendo clara.

ARGEMIRO POSSO: Esta clarísima señorita muy clara la información...(...)”

Atendiendo a lo citado, es claro que las exclusiones aplicables a la póliza, y en especial, la exclusión descrita en el numeral 2. del literal I, es eficaz, por cuanto se explicó con claridad al tomador del seguro que la indemnización por incapacidad total y permanente sería efectiva siempre y cuando se diera a causa de un accidente.

En conclusión, es cierto que la ley le confiere al asegurador la libertad de delimitar los riesgos que asume, luego, si los eventos excluidos de cobertura se acreditan, lo cierto es que no es posible imponer obligación alguna. En esa medida, se probará a la Honorable Delegatura que el señor Argemiro Posso Rivera tuvo una declaración de Invalidez en el mes de febrero del año 2020, mientras se encontraba al servicio de las fuerzas armadas o de la policía, situación que configura la exclusión del numeral 2. del literal I previamente mencionada, en la que no podrá existir reconocimiento por parte del Asegurador. Ello, a la luz de las disposiciones del contrato de seguro

y por ende el delegado con funciones jurisdiccionales no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tal exclusión. En consecuencia, deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

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

4. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DEL AMPARO “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL” CONTENIDO EN LA PÓLIZA AP SALUD FAMILIAR NO. 00130913055442231552

En primer lugar, es necesario indicar que si bien entre el señor ARGEMIRO POSSO RIVERA y mi representada se suscribió la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552, en la cual se incluyó el amparo de *Incapacidad Total y Permanente, Desmembración por Accidente*, lo cierto es que el contrato de seguro tiene unas condiciones particulares y generales que deben atenderse a fin de definir cualquier obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. En este orden de ideas, es importante aclarar a la honorable Delegatura que el amparo ya enunciado cubrirá el 100% del valor asegurado siempre y cuando el asegurado sufra una incapacidad derivada de accidente que impida de forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación, condición que claramente no se cumple en el caso concreto. Lo mencionado, pues la invalidez del demandante es de origen común y en esta medida no existe obligación indemnizatoria, en tanto dicho riesgo no fue asumido por la BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. en los términos del artículo 1056 del Código de Comercio.

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 cual, 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. Así pues, 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.

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 asegurativo. 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) ¹⁰.”
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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 riesgos no contemplados, 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.

Respecto a la delimitación de la materialización del riesgo, es válido indicar que, si bien en este caso el asegurado contaba con la información respectiva acerca del contenido de la póliza y sus anexos, no es procedente en todo caso cualquier tipo de alegación ligada a la presunta falta de información sobre tales coberturas y exclusiones, atendiendo a que claramente existe una delimitación positiva del riesgo. Sin perjuicio de lo anterior, si eventualmente el asegurado pusiera de presente como argumento la falta de información acerca de la póliza y los anexos que la componen, no podrá tenerse por cierta tal circunstancia de manera absoluta, como claramente ha sido indicado por la Corte Suprema de Justicia:

10 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.

“Al respecto hay que resaltar que el derecho a la información que le asiste al consumidor no es absoluto y correlativamente le impone éste el deber de consultar las herramientas que para el efecto le son proporcionadas por el vendedor.

(...) No resulta de recibo que la aquí demandante, simplemente finque la inoponibilidad de unas cláusulas de exclusión que conoció desde el principio en que no tuvo información suficiente, cuando ni siquiera evidenció un mínimo de esfuerzo, desde su condición de profesional prestador del servicio educativo, para conocer las implicaciones del clausulado que la ataba en el contexto del contrato de seguro.

(...) En el caso sub examine, la Corporación Universitaria demandante efectivamente tuvo la oportunidad de acceder a la información sobre el producto que estaba adquiriendo, ya fuera en el momento mismo de la venta, estudiando acuciosamente el clausulado, o posteriormente ingresando a la página Web de la respectiva entidad, tanto es así que presentaron modificaciones a las exclusiones de la póliza por voluntad de ambas partes y también se elevó la correspondiente reclamación para solicitar el cubrimiento del siniestro acaecido con ocasión del despido de un docente el 21 de marzo de 2017 (Cfr. Arch. 02 Fl. 52 y 53). Por ende, no hay lugar a alegar que hubo un desconocimiento del contenido de la cobertura y las exclusiones de la póliza”¹¹

Es así que la Honorable Corte sostiene que la omisión del juzgador de acudir a las normas establecidas para la protección del consumidor, puntualmente, lo que corresponde al deber de información, es por demás intrascendente cuando la negativa de cobertura se funda en que el hecho generador no estaba cubierto por los amparos de la póliza en lugar de la configuración de una exclusión o la desatención de una garantía:

*“De ahí que, con independencia de que el sentenciador no haya acudido a las normas de protección del consumidor para pronunciarse acerca de los efectos jurídicos que pudieran derivarse por el hecho alegado por la censura en punto a que el asegurador no discutió las exclusiones y garantías con el tomador en la etapa precontractual, **tal omisión resulta intrascendente, por cuanto el fallo adverso a los pretenses no se fundó estrictamente en la configuración de una exclusión, ni en la aplicación de una consecuencia derivada de la desatención de una garantía, sino en que el hecho material que dio lugar la reclamación no estaba cubierto por ninguno de los amparos (...)**” (SC1301-2022)”*

En todo caso, es preciso dejar en claro a la Honorable Delegatura, que BBVA Seguros de vida Colombia S.A. actuó en debida forma y cumplió con el deber de información al momento de ofertar

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria, STC 7123-2024, M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

la póliza que finalmente fue tomada por el demandante, en tanto se le dejó en claro que el amparo contratado de incapacidad total y permanente, solo aplicaba para accidentes. Lo anterior conforme se puede extraer de la grabación de audio telefónico que se incluye con este escrito como prueba y la cual nos permite indicar que se explicó con claridad al tomador del seguro que la indemnización por incapacidad total y permanente sería efectiva siempre y cuando se diera a causa de un accidente.

Ahora bien, en virtud de lo anterior, es menester señalar que en las condiciones generales de la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552 se señala que el amparo de *Incapacidad Total y Permanente Accidental*, solo podrá hacerse efectivo si:

1.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL:

SI COMO ASEGURADO SUFRES UNA INCAPACIDAD, DERIVADA DE ACCIDENTE, QUE TE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO, SE TE PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

MUY IMPORTANTE

SÓLO 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 TE ENCUENTRES AFILIADO, Y SEA AVALADA POR EL MÉDICO DESIGNADO POR LA ASEGURADORA, 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 aplicable – Póliza de Seguro Accidentes Personales Salud Familiar

Transcripción parte esencial: *“Si como asegurado sufres una incapacidad, **derivada de accidente**, que te impida en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación...”*

Adicionalmente, se encuentra dentro del condicionado general aplicable a la Póliza de Seguro el Capítulo 9 *Definiciones que debes tener en cuenta para tu seguro*, dentro del cual se delimita la palabra “accidente”:

ACCIDENTE:

Hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza, y que le cause al asegurado lesiones o muerte.

Documento: Condicionado General aplicable – Póliza de Seguro

Accidentes Personales Salud Familiar, Capítulo 9.

Si bien obra en el plenario un Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral Ocupacional del 03 de diciembre de 2024, expedido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima en la cual se determinó un valor del 51,36% para el señor Argemiro Posso, lo cierto es que dicho dictamen es claro al establecer el origen y riesgo de sus patologías por enfermedad común, como se ilustra:

7. Concepto final del dictamen		
Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I		38,06%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II		13,30%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)		51,36%
Origen: Enfermedad	Riesgo: Común	Fecha de estructuración: 12/10/2024
Fecha declaratoria: 03/12/2024		
Sustentación fecha estructuración y otras observaciones: Informe neuropsicologico		
Nivel de perdida: Invalidez	Muerte: No aplica	Fecha de defunción:
Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica	Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica	Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica
Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima		
Calificado: ARGEMIRO POSSO RIVERA	Dictamen: 15202401464	Página 13 de 14

Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral Ocupacional del 03 de diciembre de 2024

Transcripción parte esencial: “Origen: Enfermedad – Riesgo: Común”

Por lo tanto, no se configura ninguna de las situaciones fácticas descritas como riesgos cubiertos para el amparo de *Incapacidad Total y Permanente Accidental*. En este sentido, pese a que obra un dictamen de pérdida de capacidad laboral que determina una incapacidad laboral superior al 50%, la Póliza de seguro no lo cubre materialmente, pues no hay discusión que el origen y riesgo de las enfermedades que se enlistan en dicho dictamen no se adecuan al marco de riesgos contratado, es decir, no se originaron en un accidente.

En conclusión, es cierto que la ley le confiere al asegurador la libertad de asumir determinados riesgos, luego si los eventos de cobertura no se acreditan, lo cierto es que no es posible imponer obligación alguna. En esa medida, está probado que el señor Argemiro Posso Rivera, cuenta con una pérdida de capacidad laboral dictaminada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima, atendiendo a sus patologías que tienen por origen y riesgo la enfermedad común, condiciones que no constituyen los riesgos que previamente fueron asumidos por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. por lo que no podrá existir reconocimiento por parte del Asegurador. Ello, a la luz de las disposiciones del contrato de seguro y por ende el delegado con funciones jurisdiccionales no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro, pues las partes no acordaron

expresamente la cobertura de cualquier tipo de incapacidad total y permanente, atendiendo a que el origen de dicha incapacidad solo tendrá cobertura cuando la misma se deriva de un accidente, es decir, un hecho violento, visible, externo, imprevisto o repentino, condición que ciertamente no se cumple en este caso. En consecuencia, deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

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

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

Es menester poner de presente a la Honorable Delegatura para que tome en consideración que el Asegurado, el señor Argemiro Posso Rivera, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

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

de exposición o peligrosidad de su ocurrencia”¹² . (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

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

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

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

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

¹² BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

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

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

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

(Subrayado fuera del texto original)

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

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

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

argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”¹³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”¹⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

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

¹³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

¹⁴ 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.

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.”¹⁵(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

¹⁵ 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.

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, padecía de varias enfermedades que no fueron oportunamente reveladas. Es decir, a pesar de que el señor Posso Rivera conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 21 de febrero de 2024, no informó de la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora.

En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones dan lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en el.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que la Honorable Delegatura tenga en cuenta que el señor Posso Rivera no informó a mi representada que padecía sendos padecimientos de salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la perfección del seguro, es decir, a

pesar de que el señor Posso Rivera tenía sendos padecimientos de salud con anterioridad al 21 de febrero de 2024 omitió ponerlos de presente. Además, como se demostrará en el curso del proceso mediante la prueba que se allegue mediante la expedición de oficios que se solicitará, el señor ya tenía esas dolencias que omitió declarar.

Así entonces, veremos cómo los diagnósticos que se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral eran anteriores a la fecha de perfeccionamiento de la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552:

En el Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464 para efectuar el cálculo del porcentaje de final de calificación, se consideran entonces las enfermedades tal como se aprecia a continuación:

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional				
Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias				
Diagnósticos y origen				
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
K811	Colecistitis crónica			Enfermedad común
H534	Defectos del campo visual	Hemianopsia homonima izquierda		Enfermedad común
K297	Gastritis, no especificada			Enfermedad común
M170	Gonartrosis primaria, bilateral			Enfermedad común
I842	Hemorroides internas sin complicación			Enfermedad común
I698	Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas			Enfermedad común
F067	Trastorno cognoscitivo leve			Enfermedad común

Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Las enfermedades, lesión y/o afecciones referidas en el cálculo final del porcentaje de pérdida de capacidad laboral son anteriores a la fecha de perfeccionamiento de la póliza. Las enfermedades no declaradas corresponden a las siguientes:

- 1). Colecistitis crónica.
- 2.) Defectos del campo visual.
- 3.) Gastritis, no especificada.
- 4.) Gonartrosis primaria, bilateral.
- 5.) Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas
- 6.) Trastorno cognoscitivo leve.

A continuación, se verá como cada una de las enfermedades que se relacionan en el acta de junta médico laboral, eran de pleno conocimiento del señor Posso por ser diagnosticadas con anterioridad

al 21 de febrero de 2024, fecha en la que se perfeccionó la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552, veamos:

1). COLECISTITIS CRÓNICA

Fecha: 14/03/2016 **Especialidad:** HOSPITAL MILITAR CENTRAL - CIRUGIA GENERAL - Dr. Ivan Selim Katime Orcasita
Resumen:
Paciente de 49 años con ecografía que muestra colelitiasis sin colecistitis, examen físico sin hallazgos positivos, se considera colelitiasis asintomática sin indicación quirúrgica, se da alta por cirugía general.

“Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Transcripción parte esencial: *Fecha 14/03/2016 ... Paciente de 49 años con ecografía que demuestra colelitiasis sin colecistitis...(...)*”

Fecha: 07/05/2016 **Especialidad:** HOSPITAL MILITAR CENTRAL - CIRUGIA GENERAL - Dr. Erwin Rodriguez Garcia
Resumen:
Paciente masculino de 49 años con cuadro clínico de dolor abdominal en hipocondrio derecho en el momento sin signos de inestabilidad hemodinámica, afebril, hidratado, al examen físico con tinte icterico, dolor a la palpación en hipocondrio derecho y Murphy positivo, en ecografía se evidencia colelitiasis con signos de colecistitis crónica con dilatación de la vía biliar, por lo que se considera que el paciente cursa colelitiasis con colecistitis con probabilidad intermedia de coledocolitiasis, se hospitaliza por servicio de cirugía general, se pasara boleta para cirugía para el día de mañana.

“Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Transcripción parte esencial: *“Fecha 07/05/2016 ... En ecografía se evidencia colelitiasis con signos de colecistitis crónica con dilatación de la vía biliar, por lo que se considera que el paciente cursa colelitiasis con colecistitis ... (...)*”

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde el año 2016 padecía colecistitis crónica y que incluso se encontraba en seguimiento y tratamiento médico para esta patología. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Posso contrató el seguro materia de litigio.

2.) DEFECTOS DEL CAMPO VISUAL.

Fecha: 16/10/2024 Nombre de la prueba: LECTURA CAMPO VISUAL

Resumen:

Paciente de 57 años de edad. Datos clínicos: Accidente cerebro vascular. OJO DERECHO. Índice de fiabilidad; Muestra 0% de pérdida de fijación y 0% de falsos positivos: Índices confiables. INDICES GLOBALES: Gat (Prueba asimétrica del glaucoma) Fuera de los límites Normales. Md (Desviación media) Valores de referencia (Normal <2.00 dB, anormal >2.00 dB)....-8.25. -Rf (Factor de fiabilidad) valores de referencia confiables...1. -Psd (Patrón de desviación estándar) Valores de referencia (Regular tiende a 0, irregular v/res ascendentes)...+9.03. -Sf (Fluctuación de corto plazo.) Valores de referencia (Normal <+2.00 dB, anormal >2.00 dB)....+1.69. -Cpsd (Patrón corregido de desviación) Valores de referencia (Regular tiende a 0, irregular v/res ascendentes)...+8.87, Concepto: Campo visual asimétrico e irregular con presencia anormal de la mancha ciega, presentando pérdida de sensibilidad, encontrando escotomas absolutos, observando una cuadrantanopsia superior, conservando la visión central. OJO IZQUIERDO.: Índices de fiabilidad: Muestran 8% de pérdida de fijación y 9% de falsos positivos índices confiables. CONCEPTO: Campo visual asimétrico a irregular con presencia anormal de la mancha ciega, presentando pérdida de sensibilidad encontrando escotomas absolutos, observando una cuadrantanopsia superior, conservando la visión central. CONCLUSIONES. -Pérdida de sensibilidad del campo visual encontrando, cuadrantanopsia homónima superior izquierda simétrica, posible daño en las radiaciones ópticas posteriores- Se sugiere correlacionar los datos del estudio de campos visuales con estudios adicionales y la historia Clínica.

“Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Transcripción parte esencial: *“Campo visual asimétrico a irregular con presencia anormal de la mancha ciega, presentando pérdida de sensibilidad encontrando escotomas absolutos, observando una cuadrantanopsia superior, conservando la visión central. CONCLUSIONES. – Pérdida de sensibilidad del campo visual encontrando, cuadrantanopsia homónima superior izquierda simétrica, posible daño en las radiaciones ópticas posteriores... (...)”*

Fecha: 11/10/2024 Especialidad: UNIVERSIDAD DE LA SALLE.-OPTOMETRIA.-Dra Carolina Gomez Posso

Resumen:

Examen optométrico: Agudeza Visual es: VISIÓN: Ccod 20/20(1.00)- Scod 20/20 (1.00),-Ccoi 20/20 (1.00),-Scoi 20/20(1.00), VISIÓN PRÓXIMA. Ccod 0.50 M a 33c (20/40) Scod 2.00 M a 33c,-Ccoi 050 M a 33(20/40) Scoi 2.00 M a 33c.Estado motor: Normal. Diagnostico encontrado H534: Defectos del campo visual. Requiere prescripción óptica: Si. (Control anual)

“Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Transcripción parte esencial: *Diagnóstico encontrado H534: Defectos del campo visual. Requiere prescripción óptica: Si”*

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos con anterioridad al 21 de febrero de 2024 tenía defectos del campo visual. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Posso contrató el seguro materia de litigio.

3.) GASTRITIS, NO ESPECIFICADA.

Análisis y conclusiones:

Paciente masculino de 57 años, estado civil casado, natural de Palmira, vive en Ibagué, dominancia diestra, escolaridad tecnólogo, ocupación Sargento Mayor y Profesor de materias militares, quien labora en Fuerzas Militares, desde el 01 - 09 - 1986 hasta el 1º febrero de 2020, profesor de materias militares en estados unidos durante 3 años y actualmente de manera independiente. Refiere antecedente de ACV ocurrido el 6 de marzo de 2016, como secuelas hemiplejía izquierda, alteración campo visual izquierdo, presbicia, gastritis crónica, colecistitis crónica, colecistectomía y herniorrafia inguinal bilateral, actualmente refiere alteración de memoria reciente, y parestesias en miembro superior izquierdo.

“Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Transcripción parte esencial: *Refiere antecedente de ACV ocurrido el 06 de marzo de 2016, como secuelas hemiplejía izquierda, alteración campo visual izquierdo, presbicia, gastritis crónica”*

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde el año 2016 padecía gastritis crónica. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Posso contrató el seguro materia de litigio.

4.) GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL

Fecha: 29/02/2016

Especialidad: HOSPITAL MILITAR CENTRAL - MEDICINA FAMILIAR - Dra Carmen Elisa Ruiz Puyana

Resumen:

Paciente con historia de dolor en ambas rodillas, derecha mayor que la izquierda, con limitación funcional a la flexo-extensión de rodilla, se solicita RNM de rodillas comparativas por favor evaluar con resultados.

“Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Transcripción parte esencial: *Fecha 29/02/2016 – Paciente con historia de dolor en ambas rodillas, derecha mayor que la izquierda, con limitación funcional a la flexo-extensión de rodilla”*

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde el año 2016 padecía gonartrosis primaria, bilateral. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Posso contrató el seguro materia de litigio.

5.) SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Fecha: 12/10/2024

Especialidad: NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA-FORENSE DRA: Luvy Patricia Barrera

Resumen:

Motivo de Consulta: Paciente afirma que el año 2016 en el mes de marzo tuvo un ACV agudo isquémico con las secuelas repite mucho las cosas, olvido mucho las cosas recientes, y personas que conoció en su entorno laboral, no las recuerda, ni nombre ni rostro, momentáneamente (dice 2 días con esfuerzo), el lado izquierdo quedó entumecido y babeo de manera involuntaria por el lado izquierdo de la boca, rabillo del ojo izquierdo no veo bien. Durante la junta médica de retiro estas novedades no fueron tenidas en cuenta. Historia de la

“Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Transcripción parte esencial: *Paciente afirma que el año 2016 en el mes de marzo tuvo un ACV agudo isquémico con las secuelas repite mucho las cosas, olvido mucho las cosas recientes y personas que conoció en su entorno laboral no las recuerda, ni nombre ni rostro, momentáneamente (dice 2 días con esfuerzo), el lado izquierdo quedó entumecido y babeo de manera involuntaria por el lado izquierdo de la boca, rabillo del ojo izquierdo no veo bien.”*

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde el año 2016 padecía secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Posso contrató el seguro materia de litigio.

6.) TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE

Resumen de información clínica:

(...)

Cuenta con valoración por Neuropsicología clínica forense el 12-10-2024 que concluyen La evaluación neuropsicológica realizada a Argemiro tras un accidente cerebrovascular ocurrido el 2016, revela un perfil cognitivo caracterizado por alteraciones predominantemente en las funciones ejecutivas, especialmente aquellas relacionadas con la toma de decisiones y el control emocional. A pesar de no presentar ansiedad se evidencia una sintomatología depresiva y dificultades en atención, memoria y control de impulsos los cuales podrían estar asociados a la lesión cerebral adquirida, y la ausencia de rehabilitación neuropsicológica por tanto, sus afecciones cognitivas son de origen vascular, pero es importante describir que tiene una buena reserva cognitiva que le ha ayudado en su vida cotidiana. El ACV ha provocado una disfunción en los procesos cognitivos del paciente, afectando de manera particular la atención sostenida, y dividida. La incapacidad para mantener, el foco en una tarea y para alternar entre diferentes estímulos se ve agravada por déficits en la memoria a corto plazo. Esto a su vez limitan la capacidad del paciente para planificar, tomar decisiones y ejecutar acciones de manera flexible, lo que sugiere una afectación generalizada de las funciones ejecutivas.

“Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464

Transcripción parte esencial: *Concluyen la evaluación neuropsicológica realizada a Argemiro tras un accidente cerebrovascular ocurrido el 2016, revela un perfil cognitivo caracterizado por alteraciones predominantemente en las funciones ejecutivas, especialmente aquellas relacionadas con la toma de decisiones y el control emocional. A pesar de no presentar ansiedad se evidencia una sintomatología depresiva y dificultades en atención, memoria y control de impulsos los cuales podrían estar asociados a una lesión cerebral adquirida...(...) El ACV ha provocado una disfunción en los procesos cognitivos del paciente. .”*

De acuerdo con la transcripción que antecede y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde el año 2016 padecía trastorno cognoscitivo leve. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Posso contrató el seguro materia de litigio.

En virtud de las exposiciones detalladas que anteceden respecto a cada anotación inscrita en el Acta de Junta Médico Laboral que obra en el expediente, el señor Argemiro Posso Rivera padecía Colecistitis crónica, Defectos del campo visual, Gastritis, no especificada, Gonartrosis primaria, bilateral, Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas, Trastorno cognoscitivo leve, padecimientos con antecedentes anteriores a la fecha de perfeccionamiento de la póliza, y los cuales en todo caso tienen como etiología el desarrollo de sus actividades dentro de las fuerzas militares. Como se aprecia estas patologías son anteriores a la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro, lo que implica que eran de pleno conocimiento del señor Posso Rivera, sin embargo, nunca lo informó a la compañía aseguradora.

En igual sentido, es de gran relevancia indicar que la declaración espontánea del riesgo es fundamental en el contrato de seguro, ya que permite a la aseguradora evaluar correctamente las condiciones del asegurado y establecer la cobertura y prima adecuadas. Si el asegurado omite, o proporciona información inexacta sobre el riesgo, se podría dar aplicación a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio. Por ello, la transparencia en la declaración del riesgo es esencial para garantizar la validez del seguro. En el caso concreto se tiene que, conforme se probará en el trámite procesal, el señor Posso fue reticente al momento de contratar el seguro, lo que debe llevar a la invalidación del mismo por haber mediado la culpa del asegurado.

En resumen, el señor Argemiro Posso Rivera fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro, son supremamente relevantes para el

Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los padecimientos y condiciones preexistentes de salud con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, lo hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, bastará con examinar la historia clínica del señor Argemiro Posso Rivera, que se solicita de oficio para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de sus enfermedades cumple 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.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Posso debe declararse nulo, debido a que omitió todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del contrato, tales como Colecistitis crónica, Defectos del campo visual, Gastritis, no especificada, Gonartrosis primaria, bilateral, Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas, Trastorno cognoscitivo leve.

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

6. 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 expone 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 estos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que estas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C. Co. señala, sin lugar a una interpretación diferente, que

el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C. Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico¹⁶. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales¹⁷. 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 conocer¹⁸”. (Subrayado y Negrita 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 máxima buena fe.”¹⁹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

¹⁶ 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 bonae 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.”

¹⁷ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹⁸ 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.

¹⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

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

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

(...)

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

(Subrayado fuera del texto original)

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...**²⁰(subrayado fuera del texto original).

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

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

²⁰ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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)

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Arturo Díaz Murillo expediente 2016- 0318 en relación con la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

“Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto ubérrima bona fidei”

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es 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.

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro²¹. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

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

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

²¹ 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.

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

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

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado

del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

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

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

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

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

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

En conclusión, dado que el señor Argemiro Posso Rivera fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo. Por tal motivo, 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.

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

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir ésta Superintendencia cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor Financiero. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores financieros tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para interponer la referida acción so pena que opere el fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

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

(...)

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

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

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

11. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552.
- 1.2. Condicionado aplicable a la Póliza AP Salud Familiar.
- 1.3. Detalle de movimientos Seguro AP Salud Familiar.
- 1.4. Escrito de Objeción emitido por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. del 19 de diciembre de 2024.pruebas y a
- 1.5. Copia de dos (2) grabaciones de audio que contienen el ofrecimiento y aceptación de la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552.
- 1.6. Constancia de envío de los derechos de petición con destino a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima, la Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia, el Ministerio de Defensa Nacional de Colombia y el Hospital Militar Central.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA**, 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 Forero podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

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 la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser ubicado en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co

- 4.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado

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 la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su

atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE ARGEMIRO POSSO RIVERA** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** desde el año 2000 al 2025.
- Copia de todos los dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral que le fueron realizados con anterioridad al año 2024. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.
- Copia de la constancia de radicación de la solicitud presentada a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima para iniciar el trámite de calificación de invalidez.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552, así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

- 5.2.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** y que motivó la emisión del Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464 del 03 de diciembre de 2024.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos que fueron allegados con la solicitud realizada por el señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA**. Lo anterior comoquiera que dentro del dictamen emitido por esta junta se hace mención de las copias de juntas medicas laborales en 27 folios.
- Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación y/o informe y certifique cuando inicio dicho trámite el señor Posso Rivera.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada Junta, comoquiera que la misma emitió el dictamen de pérdida de capacidad laboral que obra en el plenario, el cual hace referencia a múltiples consultas y antecedentes clínicos extraídos de la historia clínica del demandante, por lo que es claro que la Junta cuenta con la información médica del señor Posso.

La **Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima** puede ser notificada en la Calle 31 No. 4^a-11 CADIZ de la ciudad de Ibagué, Tolima, y los correos electrónicos juntatolima@hotmail.com - jrcitolima@gmail.com y secretaria.radicación@juntatolima.com

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.279.645 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral emitidos por la Dirección de Sanidad Militar y que sean anteriores al año 2024. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

La Historia Clínica y la documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Posso.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos es probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

la **Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar** puede ser notificada en la Carrera 7 No. 52-48 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos disanateus@buzonejercito.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.279.645 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral emitidos por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional de Colombia y que sean anteriores al año 2024. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de

policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

La Historia Clínica y la documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Posso.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

La **Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia** puede ser notificada en la carrera 59 No. 26-21 CAN de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos disan.griss-crf@policia.gov.co y disan.asjur-judicial@policia.gov.co

5.5. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia de las actas de las Juntas Médico Laborales del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.279.645. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

La documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Posso.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento

de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

El **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia** puede ser notificado en la carrera 54 No. 26-25 CAN, de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos atencionalciudadano@cgfm.mil.co y procesosordinarios@mindefensa.gov.co

5.6. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Hospital Militar Central**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.279.645 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.

La documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Posso.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

El **Hospital Militar Central** puede ser notificado en la Transversal 3C No. 49-02 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos atencionalusuario@homil.gov.co y judicialeshmc@homil.gov.co

6. OFICIOS

6.1. Comedidamente ruego se oficie a la **Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** y que motivó la emisión del Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 15202401464 del 03 de diciembre de 2024.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos que fueron allegados con la solicitud realizada por el señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA**. Lo anterior comoquiera que dentro del dictamen emitido por esta junta se hace mención de las copias de juntas medicas laborales en 27 folios.
- Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación y/o informe y certifique cuando inicio dicho trámite el señor Posso Rivera.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

La **Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima** puede ser notificada en la Calle 31 No. 4ª-11 CADIZ de la ciudad de Ibagué, Tolima, y los correos electrónicos juntatolima@hotmail.com - jrcitolima@gmail.com y secretaria.radicación@juntatolima.com

6.2. Comedidamente ruego se oficie a la **Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.279.645 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral emitidos por la Dirección de Sanidad Militar y que sean anteriores al año 2024. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar puede ser notificada en la Carrera 7 No. 52-48 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos disanateus@buzonejercito.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

6.3. Comedidamente ruego se oficie a la **Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.279.645 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral emitidos por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional de Colombia y que sean anteriores al año 2024. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO**

POSSO RIVERA sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

La **Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia** puede ser notificada en la carrera 59 No. 26-21 CAN de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos disan.griss-crf@policia.gov.co y disan.asjur-judicial@policia.gov.co

6.4. Comedidamente ruego se oficie al **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia de las actas de las Juntas Médico Laborales del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.279.645 Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

El **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia** puede ser notificado en la carrera 54 No. 26-25 CAN, de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos atencionalciudadano@cqfm.mil.co y procesosordinarios@mindefensa.gov.co

6.5. Comedidamente ruego se oficie al **Hospital Militar Central**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **ARGEMIRO POSSO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.279.645 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **ARGEMIRO POSSO RIVERA** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

El **Hospital Militar Central** puede ser notificado en la Transversal 3C No. 49-02 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos atencionalusuario@homil.gov.co y judicialeshmc@homil.gov.co

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que el Asegurado había sido diagnosticado con anterioridad al año 2024 con Colecistitis crónica, Defectos del campo visual, Gastritis, no especificada, Gonartrosis primaria, bilateral, Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas, Trastorno cognoscitivo leve., **(ii)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de **ARGEMIRO POSSO RIVERA** se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas para la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores No. 021050000032635, la Póliza AP Salud Familiar No. 00130913055442231552. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia

también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del 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 las entidades oficiadas La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima, la Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia, el Ministerio de Defensa Nacional de Colombia y el Hospital Militar Central, aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad e instituciones prestadoras de salud mencionada pues son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

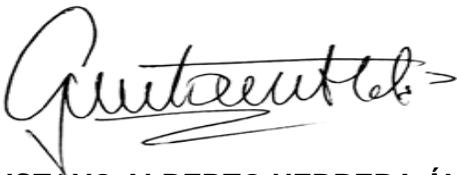
8. ANEXOS

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

9. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 en la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá, correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com
- El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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