

11 de junio de 2024, vía correo electrónico

Señores Representantes Legales

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

BBVA COLOMBIA S.A.

Fernando Rodas Duque, abogado, actúo en este documento en mi calidad de abogado identificado con cédula de ciudadanía No.70-116-232 y Tarjeta Profesional No. 39966 del Consejo Superior de la Judicatura.

Represento para los efectos del caso en referencia, a la señora **ANGELA MARIA DE LAS MERCEDES ORTIZ DE PUYANA**, Cónyuge del Asegurado y Deudor Fallecido, señor **JESUS OCTAVIO PUYANA MORANTES**.

Acompaño el Poder para actuar, frente a ambas entidades.

I. CONTEXTO

El señor JESUS OCTAVIO PUYANA MORANTES, celebró un Contrato de Mutuo con el BBVA COLOMBIA S.A., por valor de \$176.000.000., identificado con el No. de Obligación 013-0156-64-9621628213.

Para el efecto, BBVA COLOMBIA S.A. incluyó al deudor en el Seguro que al momento tenía celebrado con la Aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en calidad de Asegurado, siendo el propio Banco, el Beneficiario Oneroso de dicho seguro e inclusión.

Para la inclusión del señor Puyana como Asegurado, aparece el diligenciamiento de un Formulario o Solicitud, que a su vez haría las veces de Declaración de Asegurabilidad, y de certificado del Seguro.

No se conoce al momento, pues se trata de información que debe reposar en la Aseguradora o en el Banco, pero supuestamente el señor Puyana, que no era un experto en Seguros, recibió la Asesoría de un vendedor del Seguro, ya sea vinculado al Banco como empleado, o ya de un agente, agencia o corredor, vinculado a la Aseguradora.

Mi cliente no tiene datos del cierre del negocio del seguro, que corroboren las declaraciones que aparecen en el documento denominado, SOLICITUD/CEFTIFICADO INDIVIDUAL GRUPO DEUDORES CONSUMO Y

COMERCIAL, supuestamente diligenciado y suscrito por su esposo fallecido. En ese sentido, no conoce si la declaración sobre asesoría en torno a la Declaración y el Seguro fue completa, profesional y detallada, menos aún se conoce quién la brindó o suministró, toda vez que la misma no aparece en el documento de Declaración/Certificado individual.

La Declaración/Certificado tiene fecha del 5 de noviembre de 2020. Sin embargo, según la carta de objeción, el Seguro inició vigencia el 20 de enero de 2021. En ninguna parte del Certificado del Seguro aparece que el mismo comenzara vigencia en fecha posterior a la expedición del Certificado.

La Inclusión en el seguro se llevó a cabo cuando el Asegurado contaba con más de 74 años de edad.

El crédito se aprobó y probablemente se desembolsó el 7 de noviembre de 2020.

El señor Puyana falleció en Medellín, en la Clínica Cardiovid, el día 25 de agosto de 2023, por causas naturales, según se certificó por el Centro Hospitalario. No se practicó necropsia.

El día 11 de septiembre de 2023, se dio el Aviso de Siniestro a la Aseguradora, a través del Banco, el cual se identificó como VGDB – 30218.

Luego de solicitar información diversa, la Aseguradora objetó la Reclamación y negó el pago del Seguro y consecuentemente la satisfacción del saldo adeudado, del crédito otorgado por BBVA COLOMBIA, en carta expedida en Bogotá el 15 de septiembre de 2023.

Expone la Aseguradora al Banco que: “De acuerdo con la historia clínica emitida por la IPS SURA, encontramos que el señor Jesús Puyana (QEPD) tenía antecedentes médicos de enfermedad renal crónica estadio II, de acuerdo con la historia clínica emitida el 20 de junio de 2016. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro”

Con fundamento en lo anterior, la aseguradora opuso la aplicación de los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, con sus explicaciones sobre su entendimiento del mismo aplicado a las circunstancias del caso.

II. LA OBJECCIÓN NO ES SERIA Y FUNDADA

Expone la Aseguradora al Banco que: “De acuerdo con la historia clínica emitida por la IPS SURA, encontramos que el señor Jesús Puyana

(QEPD) tenía antecedentes médicos de enfermedad renal crónica estadio II, de acuerdo con la historia clínica emitida el 20 de junio de 2016. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro”

Al respecto, cabe hacer una revisión exhaustiva de la historia clínica y del cuestionario al que supuestamente fue sometido el deudor candidato a asegurado, para deducir la validez o no de la Objeción planteada.

Revisada la historia clínica, encontramos que la Causal por la cual se objetó no se encuentra plenamente probada en la historia clínica; y que por el contrario, se encuentra descartada en la mayor parte de ella; sobre todo, para el momento en que supuestamente el asegurado diligenció el formulario de solicitud y certificado del seguro, desde hacía bastante tiempo no contaba con anotaciones sobre enfermedad renal confirmada alguna.

Como lo reconoce la Aseguradora por otro lado, no existe relación de causalidad entre la muerte del señor Asegurado y la enfermedad o padecimiento que supuestamente sufrió él. La misma entidad no incluyó como preexistencia la IRC, no confirmada, ni sometió al Asegurado a examen médico alguno.

Y de una vez señalamos que si bien la norma opuesta por la Aseguradora hace recaer la nulidad en la inexactitud o reticencia por sí misma; la Jurisprudencia, tanto de la Corte Constitucional como de la Suprema de Justicia en su Sala Civil, han puesto de relieve en varias oportunidades no lejanas; en primer lugar, la imposibilidad para las Aseguradoras, de alegar las preexistencias, cuando no fueron excluidas expresamente al expedirse la Póliza.

En segundo lugar, que el no existir relación de causalidad entre las razones de inexactitud o reticencia alegadas por la Aseguradora, de haberse presentado, que en este caso no se acepta, con la causa de la muerte, es un signo indicativo de la irrelevancia de tal situación en la configuración del consentimiento al momento de celebrarse el contrato. Ello cuando en el caso de los seguros sobre la vida e integridad de las personas, la causa de la muerte es natural, común y no un accidente, como es nuestro caso.

En tercer lugar, la misma Corte Suprema de Justicia, disipó toda duda sobre la necesidad imperiosa de que la aseguradora alegue la nulidad a la que nos referimos, antes de vencerse los dos años desde el

momento en que ella ocurrió, o como máximo, desde la iniciación de la vigencia del contrato, so pena de que opere la Prescripción ordinaria consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio, como ha ocurrido ya en el caso que nos ocupa, al que haremos referencia más detallada posteriormente en este escrito.

1. Referencias de la Historia Clínica:

Ingreso al programa de Prevención de la Enfermedad Renal, el 22 de marzo de 2018

En las anotaciones de la Historia Clínica del 22 de marzo de 2018, cuando el paciente fue ingresado al Programa de **Protección Renal** de Sura, se lee:

“Paciente con función renal adecuada para edad, sin proteinuria, sin hematuria, normotenso, glicemias ok, control en 6 meses para definir alta de PPR”

Dx, Principal; Hiperuricemia (elevación de úrea en la sangre) sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad torácica.

. Hiperlipidemia no especificada.

. Tabaco y Nicotina

Revisión por Sistema:

“No cefalea, no mareos, no palpitaciones, no disuria, no angina, no disfunción abdominal, no cambios en el ritmo intestinal, no cambios en el calibre del chorro, no orina espumosa ni tenesmo vesical, no disuria, no hematuria, no edemas, no claudicación, no hospitalizaciones recientes”.

Importa anotar que el paciente en esta fecha no mostraba signo alguno de enfermedad renal, todo lo contrario, según la revisión acabada de transcribir.

La Hiperuricemia que se relata (exceso de úrea en la sangre, lo que llaman “gota”, no siempre obedece a enfermedad renal. Es un trastorno metabólico que puede tener otros orígenes, muy diversos, según lo relata la literatura médica.

Al parecer en ello nunca se profundizó, pues el paciente en realidad nunca mostró signos serios de enfermedad renal. Jamás estuvo en diálisis, ello no aparece en la historia clínica.

Su único antecedente quirúrgico era una apendicectomía.

A continuación las Consultas que se registran en la Historia Clínica del señora Puyana en su EPS SURA:

14 01 2014: Revisión normal

24 10 2014: Gota

1 05 2015: Miopía. Tratamientos basados en otras enfermedades no renales

24 03 2015: No hallazgos patológicos

24 09 2015: Hiperuricemia. Relaciona practicar yoga y salto de cuerda.

17 11 2015: Ingresado al Programa de Protección Renal (PPR) por cambios en la función renal: Hiperuricemia y creatinina alta.

DX: Insuficiencia renal no especificada (es una mera impresión diagnóstica. Recordemos que la Hiperuricemia puede producirse por muchos factores no renales. Repetimos que **al parecer** su EPS no descartó otras causas, o no profundizó en ellas. Como medida de prevención lo ingresó en el Programa de PROTECCION Renal, PPR. O sea que por el contrario, se evitó que se generara una enfermedad renal crónica.

19 12 2015: Dx: Insuficiencia renal crónica. Hiperuricemia sin artritis de enfermedad inflamatoria. Parcial de orina normal. Obsérvese que la EPS al parecer se limitó a mantener un diagnóstico inespecífico de enfermedad renal crónica.

20 06 2016: Se le practicó una ecografía de riñón y vías urinarias.

30 06 20. No se encuentran patologías. Dx el mismo, sin alteraciones.

12 11 2016: DX el mismo. El paciente está bien, sin alteraciones.

15 08 2017: No insuficiencia renal. Miopía. Se encuentra bien. Se le dan indicaciones sobre normas de alimentación.

27 10 2017; 6 09 2019; 17 09 2020; 23 02 2021: RIÑONES NORMALES. No presenta insuficiencia renal crónica. Ayudas diagnósticas las normales. En la última fecha se detecta hiperplasia de próstata sin riesgo: hiperlipidemia no especificada.

22 03 2018: No Insuficiencia renal crónica. Estable. Función renal adecuada para su edad. Sin hematuria, sin proteinuria, normotenso;

glicemias ok. Se le hacen recomendaciones relacionadas con el tema renal.

23 03 2021: Consulta por telemedicina prioritaria. Consulta porque va a estar fuera del País por un tiempo de seis meses. Dx. Hiperplasia de próstata benigna. Dislipidemia de origen no especificado.

29 03 2021: Paciente atendido bajo el sistema de tecnología avanzada por el sistema o grupo HADA. Se utiliza la consulta por telepresencia, telefónica, videollamadas, en razón de los riesgos de la pandemia del COVID.

Paciente llama por control de Creatinina.

No insuficiencia renal crónica.

EPOC leve

Hiperlipidemia no especificada

8 04 2021: No insuficiencia renal crónica.

Epoc leve. Renitis.

Está en seguimiento virtual por la epidemia del COVID

De alta, recuperado al parecer de la ERC. O insuficiencia renal crónica.

28 03 22: 75 años. Dx. Valvulopatía severa aórtica. Leve mitral.

No insuficiencia renal crónica. Epoc leve. Renitis. Apnea del sueño, asma no especificada. Se remite al Neumólogo, Centro de Especialistas.

14 06 2022: Consulta virtual. No insuficiencia renal crónica. Asma. Se le dan recomendaciones del COVID. (Telemedicina).

2 08 2022: Asiste solo a la cita presencial. Antecedentes de valvulopatía severa. Niega asma. No IRC. Buenas condiciones generales. Dx. Asma de inicio tardío.

23 03 2023: No IRC. Le dio Herpes y neumonía. Buen estado general; signos vitales ok. Herpes Zoster sin complicaciones.

25 08 2023: El paciente fallece por causas naturales, luego de una cirugía para intervenir su grave afección aórtica.

Es de anotar que el paciente llegó por sus propios medios a la Clínica Cardiovid cuando ingresó para consultar sobre su tema aórtico, que dentro de los estudios y plan acordado con sus médicos tratantes se decidió la Cirugía , luego de la cual estuvo un tiempo considerable en cuidados intensivos, área en la cual no mostró signos contundentes de recuperación: por el contrario, se presentaron diversas complicaciones que desencadenaron en su fallecimiento. Sobre su IRC se anota en la historia clínica que está estable, es decir, que no presentaba, pues desde hacía meses no presentaba signos de ella, y había sido dado de alta del PPR, programa de protección renal desde el 8 de abril de 2021.

Para la fecha en que se diligenció presuntamente por el Asegurado Fallecido la Declaración de Asegurabilidad, el 5 de noviembre de 2020, hacía más de 3 años que el paciente no tenía anotación alguna en su historia clínica sobre IRC. Para ese momento contaba con 74 años, no fue remitido a prueba médica alguna por la Aseguradora, a pesar de la edad de ingreso a la Póliza y sus políticas para los amparos que se le otorgaron, y el valor del crédito desembolsado, políticas que fueron desconocidas y abandonadas por la Aseguradora.

2. Conclusión sobre la inexactitud o reticencia alegada:

La historia clínica no prueba sin lugar a dudas que el paciente hubiera sufrido una enfermedad renal crónica.

Los exámenes diagnósticos, clínicos, biológicos, de imágenes, de laboratorio que se le practicaron, no dan cuenta de daño en los Riñones.

Ellos reportaron en pocas ocasiones que el paciente presentaba hiperuricemia, lo que no puede conducir a la conclusión inequívoca de que el paciente sufriera de enfermedad renal crónica.

El diagnóstico sobre la ERC fue, primero, una impresión diagnóstica sin confirmar. Posteriormente en otra cita aparece como confirmado, sin que se verifique o anote con fundamento en qué.

La Aseguradora no presenta pruebas, análisis médicos especializados, clínicos, que le permitan sustentar su objeción, la cual no tiene consistencia definitiva en la historia clínica.

El Asegurado fue ingresado al Programa de Prevención Renal, que como su nombre lo dice, es de prevención, y es por ello que no puede afirmarse que padeció una Insuficiencia Renal Crónica. Sus citas y

chequeos sobre el particular, fueron para hacer un seguimiento y evitar la presencia de la misma.

El paciente no falleció por insuficiencia renal, ni por mal asociado a dicha patología.

En este orden de ideas, la Objeción carece de todo fundamento. Técnicamente no es seria y fundada.

III. EL CUESTIONARIO NO ES INCONTESTABLE, ES EQUÍVOCO. ASEGURADORA DE VIDA Y BANCO ACTÚAN EN ABIERTO CONFLICTO DE INTERÉS.

Sea lo primero decir que el Seguro de Deudores en el cual se incluyó como Asegurado al señor Puyana Morantes en calidad de Deudor, es un negocio celebrado entre el BBVA Colombia y Seguros BBVA Colombia. Se trata de un negocio entre dos empresas del mismo Grupo.

El Banco lleva a cabo su negocio colocando los créditos a los intereses permitidos en Colombia, que son libres, no hay una regulación para los intereses comerciales y bancarios. Es un jugoso negocio, lo señalan año a año, semestre tras semestre, sus inmensas utilidades.

Pero aparte de ello, los Bancos tienen múltiples y costosos negocios para el cliente. Entre ellos, la colocación de seguros por la vía de los seguros de deudores, caso en el cual, el Banco y sus empleados se convierten en intermediarios de seguros para que el candidato a deudor y asegurado acepte su inclusión en su propio seguro, del cual es beneficiario oneroso, y cuya prima se cobra por derecha cargándola a la cuota de amortización mensual del crédito. Este es un negocio legal, pero su trámite, ofrece dudas. Veamos:

1. El cuestionario, denominado, "SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL"

La Primera Parte del mismo, contiene la fecha y los datos de identificación del Asegurado.

Hay un espacio para la EPS del candidato a Asegurado, y pregunta si tienes planes complementarios, los cuales por alguna razón no aparecen diligenciados. Están en blanco.

No conocemos que la Aseguradora o el Banco hubieran devuelto la solicitud, o rechazado el seguro por la falta de esta información, cuando ya en uno de los cuadros anteriores, aparecía la edad de 74 años del solicitante.

Luego viene un subtítulo que dice: **Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)**

Pero antes del subtítulo, aparece una advertencia que dice: "Todas las respuestas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas o comillas".

Las dos primeras preguntas de la declaración son la estatura y peso.

Luego vienen las siguientes:

. Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?.

. Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?

. Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

. Sufre de alguna incapacidad física o mental?

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

Las subrayas de la última pregunta son nuestras.

La última de las preguntas tiene todas las características de ser una cláusula abusiva del contrato de adhesión, y se convierte en una especie de trampa, de anzuelo, para cualquier persona, inclusive para un médico. Veamos:

. La pregunta no es asertiva, pues pregunta por un **problema** de salud.

Y qué es un problema de salud?. Dónde está definido? Cuáles son sus parámetros, su campo de existencia y sus límites, que son infinitos?. Dónde está definido un problema de salud? En cuál manual, o tratado de Medicina?.

Un problema de salud es un "barro ciego", o una espinilla profunda, o un dolor de cabeza, o unas paperas, un varicocele, un sarampión, una gripa,

un raspón, unas náuseas, un vómito por ingesta de licor, un resfriado, una diarrea común, una picadura de insecto, orinar varias veces en la noche Quién lo define?

Por qué la Aseguradora interrumpe su secuencia en la forma de las preguntas, y no pregunta concretamente por enfermedades de órganos tan vitales como el hígado, el páncreas, los riñones?

La Aseguradora somete al candidato a Asegurado a un juicio sobre un tema en el que no es experto, cuyas respuestas son infinitas, y en la que caerá fatalmente, ya sea que conteste que sí o que no. Pues por demás si contesta que no, y resulta algún antecedente así sea incierto, la Aseguradora va a oponer la inexactitud o reticencia, también fatalmente, pues desafortunadamente el común denominador del Mercado Asegurador no es su afán por honrar los contratos. Hay escasas y honrosas excepciones.

Por ello, este tipo de preguntas, en un cuestionario que el candidato a asegurado firma de afán, bajo la presión de la necesidad del crédito.

La Aseguradora y el Banco, hermanos de sangre, quieren hacer muchos negocios; actúan prácticamente en colusión, lo decimos como mera hipótesis demostrable; o como mínimo en un severo conflicto de intereses. El Banco también gana la comisión del seguro colocado, y el empleado que lo vende, seguramente recibe su bonificación por ventas.

La Aseguradora no se ocupa de hacer una adecuada selección de riesgos como se lo ordena la Ley imperativa. No. Ella desplaza en el Banco parte de sus tareas, y en el candidato a Asegurado toda la responsabilidad, lanzándole una red de pesca, a la cual no podrá escapar.

La Aseguradora calcula muy seguramente y por anticipado los costos de su antiselección de riesgos, los cuales suaviza mediante una pregunta que resulta presuntamente tramposa, pues sabe de antemano que en el peor de los casos, el asegurado caerá, ya asegurado, en una red oceánica echada con la pregunta por cualquier problema de salud.

E inclusive viola sus propios Manuales de Suscripción como es el caso que nos ocupa, y veremos en próximo capítulo.

El profesional en seguros es la Aseguradora, no el Asegurado hombre de la calle. La Aseguradora con este sistema de Suscripción del Contrato con su Banco hermano, y la inclusión express de Asegurados Deudores, no

lleva a cabo su tarea profesional de seleccionar el riesgo, no. Le deja esta tarea al propio Asegurado, necesitado del crédito y totalmente ignorante en seguros.

Ambas empresas, la Aseguradora y el Banco, son subsidiarias del BBVA, Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, de España.

Al respecto, señala Fitch Ratings, calificadora de riesgos de BBVA SEGUROS GENERALES Y DE VIDA COLOMBIA S.A., al publicar en la web su calificación a la Aseguradora, el 19 de septiembre de 2022:

“La calificación de BBVA Seguros Colombia S.A. (BBVA Seguros) refleja el soporte que recibe de su matriz, Banco Bilbao Vizcaya Argentaria S.A. de España (BancoBBVA), calificado por Fitch Ratings en escala internacional con ‘BBB+’ con Perspectiva Estable. **Fitch considera que BBVA Seguros es una subsidiaria estratégica para su matriz principalmente dada la integración comercial y sinergias entre las subsidiarias. La integración entre BBVA Seguros y Banco BBVA en Colombia se mantiene fuerte. Ambas compañías comparten aspectos comerciales, tecnológicos, contables, de auditoría y de gobierno corporativo. Esto le permite a la aseguradora manejar un perfil de negocio distinto al de otras empresas del mercado, con mejores capacidades para controlar su suscripción y siniestralidad**”.

Cita tomada de la página de FitchRatings, del lunes 19 de septiembre de 2022. Las negrillas son adicionadas.

Para un lector desprevenido, según lo informa Fitch, BBVA Colombia y BBVA Seguros Colombia son lo mismo operativamente hablando. Todo lo comparten.

El reporte de Fitch, y hablamos nada más y nada menos que de FitchRatings, no habla ni siquiera de colaboración, sino de **fuerte** integración empresarial.

Así cualquiera maneja los resultados de “suscripción y de siniestralidad” de manera diferenciada, para su bien, con el resto del Mercado.

La misma calificadora aplica idénticos fundamentos en su calificación (aparte de los riesgos de crédito, el criterio de sus inversiones, la nobleza del negocio, y otros factores) para calificar a BBVA SEGUROS DE VIDA

COLOMBIA. Razón por la cual, los comentarios aquí formulados aplican para la Compañía de Vida, a la cual dirigimos nuestra Reclamación.

Reportes Publicado en la Página Web de FR el 25 de agosto de 2021, para la Compañía de Vida. Y el publicado en su página web por FR, el 15 de agosto de 2023, para la misma BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

2. Declaraciones preimpresas en letra microscópica, en el formulario de Declaración de Asegurabilidad y Certificado del Seguro:

- **Ser consciente y haber sido informado que cualquier inconsistencia en las respuestas acarreará la pérdida de la indemnización:**

Frente a esta Declaración, cabe preguntarse:

- Quién le informó sobre las consecuencias de cualquier inconsistencia? Un empleado del Banco o de la Aseguradora? Cómo se llama? Cuándo le informó? Qué le informó?
Todas estas respuestas deben darlas por supuesto la Aseguradora de Vida, y el Banco BBVA Colombia. En la carta de objeción no aparecen. Cada respuesta implica por supuesto la correspondiente prueba plena, legal, válida.
- La frase "cualquier inconsistencia" quebranta gravemente el artículo 1058 del Código de Comercio, puesto que las reglas contenidas en esta disposición, exigen que la Aseguradora pruebe, no sólo afirme, que la inconsistencia es de tal naturaleza, que no hubiera celebrado el contrato, o que lo hubiera hecho en condiciones más onerosas. En la misma medida, desacredita la propia carta de objeción, cuyas afirmaciones deben, por demás, ser probadas.
- El candidato a Asegurado firma la declaración preimpresa que dice, ha leído, entiende y acepta la información contenida en la Solicitud y Contrato de Seguro firmado.
Debe partirse de la base de la información que le dió el funcionario, muy seguramente del Banco, que le vendió el seguro. No sabemos si el funcionario lo instó a dar las

respuestas, y le dio seguramente, total tranquilidad de que no tendría él o su familia en el futuro, problema alguno.

Acorde con lo hasta aquí dicho, las respuestas, en especial, la que corresponde a la pregunta sobre la cual se fundamenta la objeción, fue dada según la interpretación personal del presunto firmante; esto es, a su leal saber y entender.

Lo anterior porque como lo dice la Corte Constitucional en su Sentencia de T-222 de 2014, MP. Luis Ernesto Vargas Silva, donde expresa que el tipo de preguntas ambiguas, etéreas y abstractas, son una carga que jamás podría cumplir el asegurado.....señala refiriéndose a una pregunta excesivamente parecida a la que hacemos referencia, con la salvedad que en la que nos atañe, ni siquiera se habla de enfermedad, como sí en la analizada por la Corte en ese caso.

"...es un exceso (agrega la sentencia), eximir a las aseguradoras del pago de una póliza, admitiendo reticencia, cuando estas preguntas llevan a que los asegurados jamás puedan suministrar la información exacta para tomar el seguro. Esta clase de condiciones ambiguas y abstractas en el contrato demuestran mala fe en las aseguradoras pues no exigen información exacta e inducen a que los tomadores de los seguros incurran en error. Estos cuestionamientos, al ser tan generales, siempre llevarían a los usuarios del sistema asegurador a incurrir en inexactitudes y por ello a ser sancionados con reticencia, lo cual no puede admitir esta Corporación ni nuestro orden constitucional".

La última declaración preimpresa, hace alusión a la información adecuada que recibió, a que todas sus respuestas son correctas, y a que tiene claridad sobre las consecuencias de cualquier inexactitud.

Esta reiteración de una declaración preimpresa, es sospechosa, sintomática, podemos decir que de mala fe como lo dice la Corte Constitucional en el extracto antes transcrito.

La Aseguradora conoce de la ambigüedad de su pregunta “anzuelo”, y reitera la declaración, esto es, Banco y Aseguradora, se tienden sobre la red de pesca, en la cual, el Asegurado caerá cualquiera sea su respuesta.

En virtud del principio de la buena fe, suponemos que el Asegurado fue quien diligenció y firmó la solicitud, pero no lo damos por probado. Es algo que debe probar la Aseguradora, al igual que sus respuestas no fueron insinuadas, dictadas, o acomodadas por el funcionario que atendió al solicitante.

Como conclusiones de este Capítulo, debemos decir que BBVA Colombia y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA son dos filiales del mismo BBVA España, casa matriz del Conglomerado financiero y asegurador.

Que según lo certificó FitchRating en 2021, 2022, 2023, entre ambas entidades bancaria y aseguradora colombianas, existe una fuerte integración operativa, en sus sistemas, contable, de Gobierno Corporativo.

En este orden de ideas, ambas actúan también en fuerte conflicto de interés al celebrar el Contrato de Seguro de Deudores; luego al ingresar los deudores como asegurados; y luego al objetar las reclamaciones, sin que el Banco, como beneficiario oneroso, haga nada por hacer valer el seguro, más que pasar papeles y razones, no sabemos inclusive, si de un escritorio a otro, o de un lado al otro del mismo escritorio, dada su fuerte integración.

Visto lo aquí analizado, y tenida en cuenta la abundante jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la materia, incluidas sentencias en contra de la propia BBVA SEGUROS DE VIDA, la objeción frente a la última respuesta al formulario de asegurabilidad, no tiene mérito, frente a la última de las preguntas, así como frente a las declaraciones preimpresas en ella incorporadas, para que sean firmadas por el solicitante asegurado.

IV. En el presente caso, BBVA Seguros de Vida Colombia, violó sus manuales de suscripción, sus propias normas, razón por la cual, la objeción, de ser seria y fundada (que no lo es), perdería todo fundamento

Fecha de Declaración de Asegurabilidad y Certificado del Seguro: 5 de noviembre de 2020 (por alguna razón que no se explica, contrario al Certificado del Seguro, aparece una nota fuera del certificado, en la carta de supuesta Objeción, la cual indica que la Póliza inició vigencia el 20 de enero de 2021). La prueba escrita tiene fecha, sin ninguna reserva, de 5 de noviembre de 2020.

Desembolso (o aprobación definitiva) del Crédito de Libranza: 7 de noviembre de 2020

Edad del deudor al ingreso al seguro: 74 años + 7 meses

Fecha de nacimiento: 12 de abril de 1946

Fallecimiento: 25 de agosto de 2023

Aviso del Siniestro y Reclamación: 11 de septiembre de 2023

Valor del Crédito: COP176.000.000.

Valor del Seguro:

Vida (Muerte por cualquier causa) \$176.000.000,00

Incapacidad total y permanente \$176.000.000,00

1. Políticas para los Seguros de Vida Grupo Deudores, por Libranza:

La edad de ingreso es hasta los 74 años y 364 días.

La edad de ingreso para la cobertura de incapacidad total y permanente es hasta los 69 años y 364 días, con permanencia hasta los 70 años y 364 días.

2. Políticas de suscripción para clientes con antecedentes médicos o por el valor del crédito:

- En cualquier caso, sin consideración a que el cliente refiera antecedentes médicos, cuando el valor a asegurar supere los 1.750 SMLM, deberán presentar exámenes médicos, los cuales se tomarán gratuitamente a los clientes.
- Se asegurarán todos los clientes con crédito sin excepción, incluso con preexistencia aplicando las correspondientes extraprimas por salud.

Notas del abogado:

1. Los datos han sido tomados de la información en la web de BBVA seguros de grupo de deudores, Créditos de Consumo y/o Libranza.
2. Se observa como la Aseguradora quebrantó sus propias políticas de suscripción, pues en el seguro que nos ocupa, pactó un valor asegurado por Incapacidad Total y Permanente idéntico al de vida, para una persona que ingresó con edad de 74 años + 7 meses.
3. No obstante que el valor del crédito y del seguro fue por \$1.760 millones, que superaba por mucho los 1.750 SMLM al momento de la Suscripción del Seguro y de la aprobación y desembolso del crédito, la aseguradora prescindió de someter a exámenes médicos, según sus propias normas divulgadas al público, al

Asegurado señor Puyana Morantes, que además ingresó al seguro a la edad de 74 años + 7 meses, cuando no podría tener acceso al amparo de incapacidad total y permanente, el cual se incluyó, según certificación a la Reclamante de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA.

4. La Aseguradora anuncia dentro de sus requisitos, que todo deudor, así tuviera preexistencias, sería asegurado con una sobreprima.

En el presente caso, la Aseguradora no incluyó ninguna preexistencia dentro del contrato, como lo exige la reiterada jurisprudencia, pero tampoco realizó exámenes médicos de ingreso, no obstante que sus políticas le indicaban que lo hiciera.

Todo lo anterior permite concluir que la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renunció a cualquier objeción por inexactitud o reticencia por razones de salud en el caso del señor Puyana, pues no estuvo interesada en conocer su estado de salud por la vía de las pruebas médicas, no obstante que sus políticas de suscripción consagraban que debía hacerlo.

V. El derecho a oponer la nulidad del seguro de vida del señor Puyana Morantes por haber incurrido en inexactitud o reticencia (hecho que no se acepta), prescribió pues han pasado más de dos años desde que sucedió el hecho que daría base a la acción para la Aseguradora, sin haberlo reclamado por la vía judicial

Fecha de Declaración de Asegurabilidad y Certificado del Seguro: 5 de noviembre de 2020 (por alguna razón que no se explica, contrario al Certificado del Seguro, aparece una nota fuera del certificado, en la carta de Objeción, que la Póliza inició vigencia el 20 de enero de 2021). La prueba escrita tiene fecha, sin ninguna reserva, de 5 de noviembre de 2020.

Según reiterada jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, a partir de la Sentencia No.5360 de 3 de mayo de 2000, MP. Nicolás Vergara Simancas, Sala Civil, la nulidad originada en la inexactitud o reticencia, sólo puede ser alegada dentro de la prescripción

ordinaria, que es de dos años, y se cuenta en este caso, a partir de la fecha en la cual ella ocurrió, o máximo desde la iniciación de la vigencia del contrato.

El máximo término para alegar dicha nulidad, es la prescripción extraordinaria de cinco años, cuando ella aplique.

En el presente caso aplica la ordinaria, puesto que el Asegurador debió conocer los hechos en que se originaría, pero ella no ocurrió por lo aquí dicho.

Si en gracia de discusión se aceptara que la misma tuvo lugar, dicha prescripción ordinaria se contaría desde la fecha de inicio del contrato de seguro, esto es el 5 de noviembre de 2020, o en gracia de discusión, el 20 de enero de 2021.

Desde el 5 de noviembre de 2020, han transcurrido a la fecha, tres años y 7 meses. Desde el 20 de enero de 2021 han transcurrido a la fecha, 3 años, cuatro meses y quince días.

Habida cuenta de la ocurrencia del fenómeno de la prescripción para el Asegurador, debe reconocerse el seguro, con todas sus prestaciones más los intereses de mora en favor de la Reclamante y beneficiaria del exceso que resulte del valor de la deuda en la fecha del fallecimiento del Asegurado, el día 25 de agosto de 2023.

VI. Solicitudes:

1. La Aseguradora reconocerá el valor íntegro, completo del saldo adeudado en la fecha del fallecimiento del Asegurado.
2. La Aseguradora reconocerá el exceso del valor asegurado por muerte, a la beneficiaria, con relación al valor del saldo adeudado al momento del fallecimiento del Asegurado.
3. La Aseguradora reconocerá a la beneficiaria que represento, los intereses de mora estipulados en el artículo 1080 del Código de Comercio, en caso de mora en el pago de la indemnización por parte de la Aseguradora.

4. El BBVA Colombia, estará obligado a respaldar y exigir el pago de la indemnización solicitada, con fundamento en las razones expuestas en este escrito, si no lo ha hecho antes. Ellas son indiscutibles al tenor de la Ley y de la abundante jurisprudencia aplicables.
5. El BBVA Colombia cesará el acoso a la señora reclamante, cónyuge supérstite del fallecido, por medio de llamadas y avisos de apremio para que pague el saldo que ilegalmente se niega a reconocer la Aseguradora.
6. El BBVA Colombia se abstendrá de reportar a cualquier central de deudores morosos, a la señora reclamante. Si ya lo hizo, se servirá retirar el reporte de inmediato, y corregirlo como un error.
7. El BBVA Colombia, reconocerá los daños y perjuicios de todo orden, incluidos los morales y a la vida de relación, a la señora reclamante, por la manera como se suscribió bajo su mediación el Contrato de Seguros, causándole perjuicios a la hora de hacerlo efectivo. También por su inacción total para reclamar la indemnización, y por el contrario, dedicarse a agotarla por medio de su sistema de cobranza.
8. La Aseguradora y el Banco reconocerán a la señora Reclamante, los costos y gastos para hacer efectivo el seguro, incluidos los honorarios acordados con el suscrito Fernando Rodas, y cualquiera otro abogado consultado.
9. La Aseguradora y el Banco reconocerán a la Reclamante, cualquiera otro concepto por indemnización, intereses, daños, perjuicios, honorarios de abogados, que sean demostrados.

VII. Respuestas y Notificaciones:

Las recibiré en el correo electrónico: fernandorodasduque@gmail.com, desde el cual se remite esta comunicación. Favor verificar la dirección del correo cuando se emitan mensajes dirigidos a este abogado, pues en ocasiones se sobrepone automáticamente una dirección de correo diferente, pero casi idéntica.

En el teléfono 315 553 50 79

En la calle 24 sur No.38 – 40, apartamento 908 del Edificio Benedictine Park, de la ciudad de Envigado, Antioquia.

Señores Representantes Legales de BBVA Seguros de Vida Colombia y de
BBVA Colombia, atentamente,

FERNANDO RODAS DUQUE

C.C. 70116232

T.P. No.39966 Consejo Superior de la Judicatura

