

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

DEMANDANTE: ANGELA MARIA ORTIZ

DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. BBVA COLOMBIA S.A.

RADICADO: 2025020238

EXPEDIENTE: 2025-2894

ASUNTO: CONTESTACIÓN A 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.**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente por **MARIBEL SANDOVAL VARON** y domiciliada en la ciudad de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legalmente establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora ANGELA MARIA ORTIZ en contra de mi procurada, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA.

De conformidad con el numeral 3 del artículo 278 del C.G.P., el juez tiene el deber de dictar sentencia anticipada cuando se encuentre probada la prescripción. En este sentido, es preciso manifestar ante el Despacho que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A no tiene ninguna obligación derivada de la Póliza de Seguro Vida Deudores, toda vez que operó la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero al tenor del numeral 3 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011. Lo mencionado puesto que, al tratarse de una controversia netamente contractual, la accionante debió formular la demanda ante esta delegatura dentro del año siguiente a la finalización de aquel vínculo.

Así las cosas, el contrato de seguro finalizó el 25 de agosto de 2023 como consecuencia de la extinción del riesgo asegurable en virtud del fallecimiento del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) (Art. 1045 C.Co.), empero, la demanda fue presentada hasta el 10 de febrero de 2025,

cuando ya había transcurrido más de un año desde la finalización del contrato. Ahora bien, se encuentra que existieron unas solicitudes de indemnización radicadas ante la aseguradora los días 11 de septiembre y 25 de octubre de 2023, por lo que, si se dieran los efectos de interrupción del término prescriptivo a la última actuación, de conformidad con el art. 94 del CGP, de todos modos la acción prescribió, pues el término reinició su conteo el 25 de octubre de 2023 y por lo tanto, el término para accionar ante esta delegatura se extendió hasta el 25 de octubre de 2024. En consecuencia, operó el fenómeno prescriptivo, incluso, si se considera la solicitud mencionada en el numeral 7 de la demanda, es decir, aquella del 25 de octubre de 2023, por lo que de todos modos desde esa fecha y hasta la presentación de la demanda ya había transcurrido más de un año desde la finalización del contrato, por ende, la prescripción de la acción de protección ya estaba consolidada.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS.

Frente al hecho 1: Si bien es cierta la existencia del crédito, debo mencionar que no me constan de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y Banco BBVA Colombia, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin. Sin embargo, la póliza VGD se asoció con la obligación contraída por el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D). con la entidad financiera.

Frente al hecho 2: Es cierto, tal como consta en la Póliza de Seguro Vida Deudor en donde el beneficiario oneroso del seguro es Banco BBVA Colombia y el asegurado en su momento fue el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D)

Frente al hecho 3: Es cierto, el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D) suscribió solicitud - certificado individual grupo deudores consumo y comercial. Desde ya se advierte al despacho, que en el mismo documento, el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D) fue reticente, al argumentar que no padecía ninguna enfermedad. Sin embargo, se encuentra que desde el año 2016, padecía de enfermedad renal crónica estadio II, entre otras. Esta falta de información comprometió la adecuada evaluación del riesgo por parte de la aseguradora, alterando su consentimiento en la celebración del contrato. De acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio y la jurisprudencia vigente, dicha omisión constituye una causa de nulidad relativa del contrato, eximiendo a la aseguradora de cualquier responsabilidad indemnizatoria.

Frente al hecho 4: No me consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por

cuanto se hace referencia a situaciones ajenas a mi representada. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin embargo, en el expediente reposa certificado de defunción que indica que el fallecimiento del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D) fue el día 25 de agosto de 2023. En virtud del artículo 1045 del C.Co., en esa fecha terminó el contrato de seguro ante la extinción del riesgo asegurable, por lo que la acción de protección al consumidor habría prescrito el 25 de agosto de 2024.

Frente al hecho 5: Es cierto, por cuanto el día 11 de septiembre de 2023, se recibió comunicado solicitando información de los documentos que se deben allegar para proceder con la solicitud de indemnización. Por tal motivo, si a esa comunicación se le otorgaran los efectos de interrupción de la prescripción en los términos del artículo 94 del C.G.P., la acción de protección al consumidor habría prescrito desde el 11 de septiembre de 2024.

Frente al hecho 6: Es cierto, por cuanto así reposa en el correo de fecha 12 de septiembre de 2023, en el que mi representada argumenta tener los documentos para proceder con el respectivo análisis y estudio de los mismos. Sin embargo, desde ya se advierte no se causó obligación indemnizatoria por cuanto el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D) fue reticente, al argumentar que no padecía ninguna enfermedad, dando cabida a la nulidad relativa del contrato de seguro conforme al articulo 1058 del Código de Comercio.

Frente al hecho 7: Es cierto, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. objetó la solicitud, argumentando reticencia por parte del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D), quién padecía de enfermedad renal crónica estadio II, entre otras. Dando así, cabida a la nulidad relativa del contrato de seguro, pues en su declaración de asegurabilidad diligenciada en noviembre de 2020, ocultó sus padecimientos:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				
Estatura	164	cms	Peso	65
			Kg	
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				No
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				No
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				No
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?				No
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				No
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.				

DOCUMENTO: SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL GRUPO DEUDORES
CONSUMO Y COMERCIAL

Frente al hecho 8: No me consta, en tanto el hecho no es claro frente a la entidad a la cual dice haberse presentado esa petición.

Frente al hecho 9: No me consta, en tanto el hecho no es claro frente a la entidad a la cual dice haberse presentado esa petición. Ahora bien, según la sentencia de Constitucionalidad C-232 de 1997, no es cierto que para alegar la nulidad del contrato sea necesario acreditar la relación causal entre la reticencia y el siniestro.

Frente al hecho 10: Es cierto

Frente al hecho 11: No me consta. BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. actuó conforme a la normativa de protección de datos personales al solicitar que la señora Ángela María de las Mercedes Ortiz acredite su calidad de cónyuge antes de remitirle la información requerida. Los documentos solicitados contienen datos privados y personales del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.), cuya divulgación sin la debida acreditación podría vulnerar derechos fundamentales de privacidad y confidencialidad.

En este sentido, la aseguradora no negó la prestación del servicio ni la entrega de la información, sino que, en cumplimiento de las disposiciones legales sobre protección de datos y manejo de información sensible, exigió la presentación de documentos idóneos que demuestren la legitimidad de la solicitante para acceder a dicha información. Esta exigencia es una medida razonable y necesaria para garantizar la seguridad y privacidad de los datos del asegurado fallecido, evitando posibles accesos indebidos o usos no autorizados de la información.

Frente al hecho 12: Es cierto.

Frente al hecho 13: Es cierto, pese a que el día 23 de octubre de 2023, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A si emitió comunicado en donde expuso postura negativa frente a la solicitud de indemnización realizada por Adriana María Ortiz Maya. Se debe indicar que la historia Clínica no fue allegada, dado que, la misma se encuentra sometida a reserva legal, y para el momento del hecho, no estaba acreditada la calidad o relación de la solicitante y el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.)

Frente al hecho 14: .Es cierto, En efecto, el 25 de octubre de 2023, la doctora Adriana María Ortiz Maya, en su calidad de apoderada de la señora Ángela María de las Mercedes Ortiz de Puyana, presentó una nueva solicitud de indemnización.

No obstante, es pertinente señalar que, aun cuando dicho documento pudiera considerarse como una segunda solicitud con la finalidad de interrumpir el término de prescripción, la acción se encuentra prescrita, al tenor de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011,

toda vez que ha transcurrido más de un año entre la mencionada fecha y la presentación de la acción de protección al consumidor financiero, radicada el 10 de febrero de 2025.

Frente al hecho 15: Es cierto, tal como consta en la comunicación de fecha 31 de octubre de 2023, advirtiéndolo desde que ya que los motivos de objeción se encuentran fundamentados en la reticencia por parte del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D), quién padecía de enfermedad renal crónica estadio II, entre otras. Dando así, cabida a la nulidad relativa del contrato de seguro.

Frente al hecho 16: . No me consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y SURA, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta las comunicaciones cruzadas entre las partes, ni cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Frente al hecho 16.1: . No me consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y SURA, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta las comunicaciones cruzadas entre las partes, ni cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

De igual forma, se debe indicar que, al momento en el que el Sr. Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D) diligenció el formulario de asegurabilidad, esté se diligencia sobre enfermedades presentes o pasadas, no se indica de ninguna forma omitirla en caso de ya no padecerla al momento de su aseguramiento.

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)						
Estatura	164	cms	Peso	65	Kg	
					Si	No
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?						NO
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?						NO
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?						NO
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?						NO
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?						NO
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:						
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.						

Por lo anterior, pese a que para agosto del año 2017 no se padeciera de tal enfermedad, no significa que para el año 2016 no la hubiese padecido, ni mucho menos que deba omitir informarla en la

solicitud de aseguramiento, incurriendo así en una clara y evidente nulidad relativa por reticencia, por no informar correctamente el estado real del riesgo que le acaecía.

Frente al hecho 16.2: .. No me consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y SURA, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta las comunicaciones cruzadas entre las partes, ni cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

El señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) debía declarar en el formulario de asegurabilidad tanto enfermedades presentes como pasadas, sin que existiera la opción de omitirlas si ya no las padecía al momento del aseguramiento. Por ello, aunque en agosto de 2017 no presentara la enfermedad, esto no excluye su existencia en 2016 ni justificaba su omisión en la solicitud. En consecuencia, dicha omisión configura una nulidad relativa por reticencia, al no haber informado correctamente el estado real del riesgo.

Frente al hecho 16.3: . No me consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y SURA, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta las comunicaciones cruzadas entre las partes, ni cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

El señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) debía declarar en el formulario de asegurabilidad tanto enfermedades presentes como pasadas, sin que existiera la opción de omitirlas si ya no las padecía al momento del aseguramiento. Por ello, aunque en agosto de 2017 no presentara la enfermedad, esto no excluye su existencia en 2016 ni justificaba su omisión en la solicitud. En consecuencia, dicha omisión configura una nulidad relativa por reticencia, al no haber informado correctamente el estado real del riesgo.

Frente al hecho 16.4: . No me consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y SURA, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta las comunicaciones cruzadas entre las partes, ni cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba

pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

El señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) debía declarar en el formulario de asegurabilidad tanto enfermedades presentes como pasadas, sin que existiera la opción de omitirlas si ya no las padecía al momento del aseguramiento. Por ello, aunque en agosto de 2017 no presentara la enfermedad, esto no excluye su existencia en 2016 ni justificaba su omisión en la solicitud. En consecuencia, dicha omisión configura una nulidad relativa por reticencia, al no haber informado correctamente el estado real del riesgo.

Frente al hecho 17: Es cierto, en el expediente reposa comunicación del 11 de junio de 2024, esta debe entenderse como una solicitud de reconsideración, que de igual forma, fue rechazada bajo los argumentos de la objeción, como lo es la reticencia.

Frente al hecho 17.1: No es cierto, la objeción presentada sobre la historia clínica no desvirtúa el hecho de que el asegurado, Jesús Octavio Puyana Morantes, omitió información relevante en su declaración de asegurabilidad. Independientemente del tiempo transcurrido desde la última anotación médica, lo cierto es que el asegurado tenía un diagnóstico de enfermedad renal crónica en estadio II, una patología preexistente que debió ser informada al momento de la suscripción de la póliza. La falta de una relación de causalidad directa entre la causa de muerte y la enfermedad no exime al asegurado de su obligación de declarar su estado de salud con total veracidad, ya que dicha omisión afectó la correcta evaluación del riesgo por parte de la aseguradora.

Frente al hecho 17.2: No es cierto. La afirmación la pregunta no es equívoca ni abusiva ni carece de fundamento, ya que la misma busca obtener información general sobre cualquier problema de salud no previamente mencionado. El asegurado tenía la posibilidad de aclarar su historial médico en el formulario y, en caso de duda, solicitar asesoría. La declaración de asegurabilidad es un elemento fundamental del contrato y responde al principio de buena fe, por lo que cualquier omisión relevante puede ser causal de nulidad relativa.

Frente al hecho 17.3: No es cierto. La acción de nulidad en cabeza de la aseguradora no ha prescrito en la medida de que no han pasado más de 5 años desde el perfeccionamiento del seguro ni 2 desde que se tuvo conocimiento de la información reticente proveniente del asegurado.

Frente al hecho 18: No me consta, las fechas alegadas no corresponden, puesto que el documento que se adjunta tiene como fecha de radicación el 08 de enero de 2025. Entendiéndose esta como una reiteración en una nueva solicitud de reconsideración.

Frente al hecho 19: La respuesta del 7 de octubre de 2024 no fue una simple negativa sin fundamento, sino que reiteró la existencia de reticencia e inexactitud en la declaración de asegurabilidad del asegurado. La historia clínica de SURA desde el 15 de agosto de 2017 no

desvirtúa la omisión inicial del asegurado al momento de suscribir la póliza, ya que la evaluación del riesgo se realiza con base en la información declarada en el momento de la contratación. El asegurado tenía la obligación de revelar cualquier condición de salud preexistente, independientemente de si fue registrada o no en la historia clínica posterior. La respuesta del 7 de octubre de 2024 abordó los aspectos esenciales de la solicitud y reiteró su posición sobre la nulidad relativa del contrato debido a la reticencia. No existe obligación de responder cada argumento individualmente cuando la objeción está debidamente sustentada en derecho y en los hechos relevantes del caso. Por lo tanto, BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. mantiene su postura de que la reticencia del asegurado afectó la evaluación del riesgo y vicia el consentimiento de la aseguradora, lo que justifica la negativa a la reclamación.

Frente al hecho 20: No me consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y Banco BBVA Colombia, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la totalidad de las pretensiones interpuestas por la accionante, toda vez que no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. Lo anterior, debido a que en esta instancia procesal es imposible imponer obligación alguna a la aseguradora porque además de que el seguro está viciado de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del C.Co., la acción de protección al consumidor financiero está prescrita según el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011.

Frente a la pretensión 1: Me opongo. BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. no tiene obligación derivada de la póliza, ya que la acción de protección al consumidor financiero prescribió. La demanda fue presentada fuera del plazo legal, incluso considerando la solicitud de indemnización. Por otro lado, El contrato de seguro está viciado de nulidad relativa debido a la reticencia del asegurado, quien omitió información esencial sobre su estado de salud, incluyendo una enfermedad renal crónica. Esta omisión afectó la valoración del riesgo y vicia el consentimiento de la aseguradora, lo que, según el artículo 1058 del Código de Comercio, exonera a la aseguradora de cualquier obligación indemnizatoria.

Frente a la pretensión 2: Me opongo, en concordancia con la objeción de la pretensión No. 1, en donde a BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. no le asisten obligación indemnizatoria, por cuanto se configura la prescripción de la acción de protección y el contrato se encuentra viciado de nulidad

relativa, por la reticencia del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D).

Frente a la pretensión 3: Me opongo, puesto que es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad, que desde ya se advierte no hay, se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares de los aseguramientos, que de acuerdo a las condiciones del mismo, solo se estipuló el saldo insoluto de la deuda, lo anterior sin reconocer responsabilidad. En la misma medida, el único beneficiario oneroso es el Banco BBVA Colombia, con quien el entonces asegurado había solicitado un crédito, en consecuencia, no puede existir ningún pago a favor de la señora Angela Maria Ortiz.

Frente a la pretensión 4: Me opongo, por cuanto Banco BBVA Colombia no puede exigir a BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. la obligación de indemnizar, que en concordancia a la oposición No. 1, se encuentra prescrita y viciada de nulidad relativa por la reticencia del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D). Además, la acción de protección al consumidor financiero no está estructurada reglamentariamente para solucionar controversias entre entidades vigiladas.

Frente a la pretensión 5: Me opongo a la pretensión. Sin embargo, se aclara que esta pretensión no está relacionada con mi representada.

Frente a la pretensión 6: Me opongo. Sin embargo, se aclara que esta pretensión no está relacionada con mi representada.

IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Me opongo de manera respetuosa al juramento estimatorio conforme a lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, el cual establece que:

“Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.” (Subrayado por fuera del texto original),

Por lo anterior, en cuanto el fin del juramento estimatorio es servir como medio de prueba siempre que no sea objetado por la parte demandante. Me permito indicar que de ninguna manera puede tenerse como prueba de las pretensiones las sumas relacionadas por la accionante como valor asegurado, esto es \$176.000.000. Lo mencionado, comoquiera que la Póliza de Seguro Vida

Deudor contempla un beneficiario oneroso que es la entidad financiera Banco BBVA Colombia, con quien el entonces asegurado había solicitado un crédito, en consecuencia, no puede existir ningún pago a favor de la señora Angela María Ortiz, dado que, por la naturaleza de seguro, el único beneficiario a título oneroso es la entidad Banco BBVA Colombia.

De igual forma es menester indicar que, corresponde al demandante demostrar cuál era el valor asegurado a la fecha del fallecimiento. Por lo tanto, mientras no se aporte dicha prueba, el juramento estimatorio no podrá servir como prueba del monto de su pretensión. El juramento no suple la falta de pruebas cuando el demandante está en la obligación de aportarlas. Por eso, mientras el demandante no cumpla con su deber de demostrar el valor asegurado, su juramento no puede tomarse como prueba suficiente para fijar el valor de su pretensión.

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

V. EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO

1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCION DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR - APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011.

Solicito respetuosamente a la delegatura que declare la prescripción de la acción de protección al consumidor toda vez que, tratándose de una controversia netamente contractual, debe tomarse en consideración como hito para empezar el conteo de dicho término la terminación del contrato de seguro. Así las cosas, el contrato de seguro finalizó el 25 de agosto de 2023 como consecuencia de la extinción del riesgo asegurable en virtud del fallecimiento del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) (Art. 1045 C.Co.), empero, la demanda fue presentada hasta el 10 de febrero de 2025, cuando ya había transcurrido más de un año desde la finalización del contrato. Ahora bien, se encuentra que existieron unas solicitudes de indemnización radicadas ante la aseguradora los días 11 de septiembre y 25 de octubre de 2023, por lo que, si se dieran los efectos de interrupción del término prescriptivo a la última actuación, de conformidad con el art. 94 del CGP, de todos modos la acción prescribió, pues el término reinició su conteo el 25 de octubre de 2023 y por lo tanto, el término para accionar ante esta delegatura se extendió hasta el 25 de octubre de 2024. En consecuencia, operó el fenómeno prescriptivo pues la demanda se presentó hasta el 10 de febrero de 2025.

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir esta Superintendencia, cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para interponer la referida acción so pena que opere el fenómeno de la

caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

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

(...)

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

En este sentido, el Estatuto del Consumidor previó que la acción de protección al consumidor tratándose de controversias meramente contractual prescribe en el término de un año contado a partir de la terminación del contrato. Ahora bien, el caso bajo estudio se enmarca en este supuesto, y para ello resulta necesario precisar que el cómputo del plazo indicado debe contabilizarse desde la terminación del contrato que en este litigio se verificó el mismo día del fallecimiento del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D). Efectivamente, esta situación ha sido ampliamente decantada por la jurisprudencia quien coincide que cuando se presenta la muerte del asegurado en un seguro grupo deudor, en esa misma calenda termina el seguro por la evidente configuración del riesgo asegurado. Veamos algunas precisiones al respecto:

“(...) en el seguro de vida de deudores se cubre el riesgo consistente en la muerte del deudor, así como su eventual incapacidad total o permanente. Así, ha dicho la Corte que ‘el riesgo que asume el’ asegurador es la pérdida de la vida del deudor, evento que afecta tanto al asegurado mismo, como es obvio, como eventualmente a la entidad tomadora de la póliza, en el entendido de que su acreencia puede volverse de difícil cobro por la muerte de su deudor, pero el específico riesgo asumido por la compañía de seguros en la póliza objeto de litigio, no es la imposibilidad de pago del deudor por causa de su muerte, porque si así fuera podría inferirse que la póliza pactada con un riesgo de tal configuración tendría una connotación patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito. Lo que se aseguró es lisa y llanamente el suceso incierto de la muerte del deudor, independientemente de si el patrimonio que deja permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista’ (Sent. Cas. Civ. de 29 de agosto de

Por manera que la realización del riesgo o el acaecimiento del siniestro tiene dos efectos, como ya se indicó. Por un lado, la cesación del contrato de seguro y, por otro, el nacimiento de la obligación de pago por la aseguradora. Momento desde el que se debe contabilizar el terminó para que el interesado proponga la demanda, en este caso, dentro de la acción de protección al consumidor ante la Superintendencia Financiera, por lo que no le asiste la razón al apelante en su reproche sobre este particular” (énfasis propio)¹.

En consonancia con lo anterior, cabe señalar que también la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia en sentencia proferida el 17 de febrero de 2021, refirió con claridad que en los eventos en que el riesgo asegurado sea la muerte, el cómputo del término de prescripción de las acciones de protección al consumidor deberá iniciar desde la fecha del deceso del asegurado. Así mismo, indicó que, acreditados los presupuestos para declarar la prescripción de la acción, resulta improcedente analizar de fondo las pretensiones propuestas.

«(...) se tiene que la controversia tiene por fuente el cumplimiento de obligaciones que emanan de la póliza no AA001353 que cuenta con el amparo de muerte y la cual fue contratada por la Corporación para el desarrollo empresarial Finafuturo (sic), fungiendo como tomador, y asegurado el señor Antonio José Hurtado Salazar y como aseguradora la aquí demandada, por lo que nos encontramos dentro de una controversia surgida dentro de una obligación contractual.

Teniendo en cuenta que nos encontramos en una controversia contractual, debemos conforme el numeral 3o del artículo 58 de la ley 1480 de 2011 establecer la fecha de finalización del citado contrato para empezar a contar los términos de prescripción, encontrándonos con que el artículo 1045 del Código de Comercio, reconoce como elementos esenciales del contrato de seguro el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional, frente a los cuales se dispone expresamente que la ausencia de alguno de los enunciados elementos conllevan a que el contrato no produzca efecto alguno.

Así las cosas, téngase en cuenta que el artículo 1054 del Código de Comercio reconoce como riesgo asegurable la muerte, y en este orden, dada la ocurrencia del siniestro el riesgo asegurable en este caso deja de existir y ante la ausencia de dicho elemento esencial el contrato de seguro se presenta la extinción del mismo

¹ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC6709-2015, MP: Jesús Vall De Rutén Ruiz, Radicación N.º 11001-31-03-031-2000-00253-01

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

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

(...) **dado que el libelo introductorio fue radicado hasta el 23 de julio de 2020 ante esta Superintendencia, se encuentra que para la citada fecha había transcurrido el término contemplado en el artículo 58 numeral 3o de la ley 1480 de 2011 por lo que operó el fenómeno de la prescripción de la acción de protección al consumidor en lo relacionado con el citado contrato de seguro, lo que da prosperidad a la excepción bajo estudio, lo que conlleva [...] a que no sea posible analizar de fondo las demás pretensiones de la demanda respecto de la entidad aseguradora.**” (Negrita y Subrayada fuera de texto) (Superintendencia Financiera de Colombia. Acción de Protección al Consumidor promovido por Mauro Antonio Hurtado Chica en contra de La Equidad Seguros de Vida O.C. Expediente 2020-1742. Radicado 2020172233. Febrero 17 de 2021)

En este sentido, visto que con el fallecimiento del asegurado los riesgos asumidos por la compañía de seguros bajo el seguro contratado dejan de presentar su condición de incierto como lo requiere el artículo 1054 del Código de Comercio, ante la materialización de este o la imposibilidad de su ocurrencia, no se puede llegar a conclusión diferente más que con dicha condición se da la terminación del contrato de seguro por ausencia de sus elementos esenciales de interés y riesgo asegurable. Recuérdese, que el artículo 1045 del C.Co., indica que serán elementos esenciales del seguro, entre otros, el riesgo asegurable. Por ese motivo, ante la realización del riesgo de muerte por fallecimiento el seguro cesa sus efectos por expresa disposición legal que indica: “En defecto

de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.”

En este orden de ideas, para demostrarle a la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia que en el caso concreto la Acción de Protección al Consumidor Financiero se encuentra caducada y/o prescrita, resulta de suma importancia, como primera medida, determinar cuál es la fecha de terminación del contrato de seguro en el que el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D) ostentó la calidad de asegurado.

En el caso concreto, el contrato de seguro en donde el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D) se encontraba vinculado terminó el día 25 de agosto de 2023, fecha en que el asegurado lamentablemente falleció, tal como se encuentra acreditado con el registro civil de defunción que obra en el plenario. Por ende, en el caso el demandante podía incoar la Acción de Protección al Consumidor Financiero ante esta Superintendencia hasta el día 25 de agosto de 2024. Incluso, si se toma en cuenta que existieron unas primeras solicitudes de indemnización de fecha 11 de septiembre y 25 de octubre de 2023 y si a la última de ellas quisiera otorgarse la entidad de interrumpir la prescripción como prevé el artículo 94 del Código General del Proceso, de todas formas operó la prescripción, pues el término de un año indudablemente feneció el 25 de octubre de 2024, mientras que la demanda se radicó el 10 de febrero de 2025.

En conclusión, no existe duda alguna que ha operado la prescripción de la acción de protección al consumidor en los términos del num. 3 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011. Por cuanto, es claro que el término prescriptivo feneció con creces, al haber transcurrido más de un año desde la terminación del contrato de seguro como consecuencia de la muerte del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D), el 25 de agosto de 2023. En ese orden de ideas, como la demanda tan solo se radicó el 10 de febrero de 2025 es evidente que operó con creces el fenómeno extintivo. Es más, ni siquiera tomando en cuenta la solicitud del 25 de octubre de 2023 se puede entender que la demanda se radicó en término, pues lo cierto es que en gracia de discusión si se aplicaran los efectos del artículo 94 del CGP, el término prescriptivo reinició su conteo y se configuró el 25 de octubre de 2024, mientras que la demanda fue radicada el 10 de febrero de 2025 y en consecuencia no hay lugar a imponer obligación alguna a cargo de la aseguradora.

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

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

El señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D), 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.

Efectivamente, no informó un antecedente médico de una enfermedad renal crónica estadio II de acuerdo con historia clínica emitida el 20 de junio de 2016. De hecho, de haber sido conocida esa enfermedad 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 éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”². (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 (Q.E.P.D), 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

² 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.

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 y Negrita 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 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 y Negrita 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 estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio." (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." (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. 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.”³(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 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

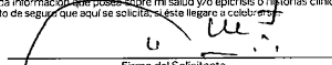
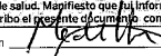
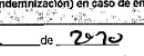
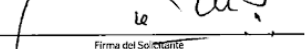
³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo 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 uberrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 05 de noviembre de 2020, fecha en la cual el Asegurado (Q.E.P.D) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario de declaración de asegurabilidad, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) marcó que se encontraba bien de salud, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad, a saber:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No		
Estatura	164	Peso	68				
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoca, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?							
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?							
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?							
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?							
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?							
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:							
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.							
No firme esta solicitud sin leer este texto							
Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable.							
Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes.							
Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1518 de 2012.							
Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna declarada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, extirpe a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.							
Artículo 1068 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".							
En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mí cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita. A este llegare a colaborar.							
 Firma del Solicitante							
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co							
Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.							
Para constancia se firma en  a los  días del mes de  de  2020							
 Firma del Solicitante  Firma Autorizada							
Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00 Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 08000334020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385. o maildefensoria@bbva.com.co Somos Grandes Contribuyentes RSE 076 de 2016 - Recaudadores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.							
Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)							
Tasa	%	Extra Prima	%	Anexo ITP	Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual				Periodicidad		\$r. Prima Total	

DOCUMENTO: SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL GRUPO DEUDORES
CONSUMO Y COMERCIAL

Es decir, a pesar de que el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. En otras palabras. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces Asegurado (Q.E.P.D) había padecido y/o sufrido enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) no informó a mi representada que padecía de enfermedad renal crónica estadio II, entre otras condiciones médicas, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estas enfermedades constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) ya contaba con una serie de diagnósticos de enfermedad renal crónica estadio II, entre otras condiciones médicas, con anterioridad al mes de noviembre de 2020, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado.

Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto. En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se

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

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual. Lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos y que por supuesto el Asegurado (Q.E.P.D) debió informar. Lo mencionado, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En el presente caso se debió marcar "Sí" a casillas como "Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente" y reportar "si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia"

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	164 cms	Peso	68 Kg
¿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?			No
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			No
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			No
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			No
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			No
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.			

**DOCUMENTO: SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL GRUPO DEUDORES
CONSUMO Y COMERCIAL**

. El señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) tenía la obligación de informar su enfermedad renal en el formulario de asegurabilidad, toda vez que en dicho cuestionario se le preguntó expresamente sobre enfermedades preexistentes, presentes o pasadas, así como cualquier otro problema de salud relevante. Se tiene que, el mismo cuestionario refiere expresamente marcar la casilla “SI”, en la pregunta “Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente”, de la misma forma en “Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia”. La omisión de esta información constituye un acto de reticencia que vicia el consentimiento del asegurador, pues impidió una adecuada valoración del riesgo asegurado. En consecuencia, dicha omisión da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro conforme al artículo 1058 del Código de Comercio.

En conclusión, el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) no informó a mi procurada de la existencia de contaba con una serie de diagnósticos de enfermedad renal crónica estadio II, entre otras condiciones médicas, en el momento en que suscribió su declaración de asegurabilidad en el mes de noviembre de 2020. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías. El aseguramiento del señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

**3. 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 solo 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 seguros 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 jurídico⁴.*

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 fundamentales⁵. 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 conocer⁶”. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

⁴ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

⁵ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁶ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban

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

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 Gutiérrez¹⁴, 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***

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.

⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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...**”⁸(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 está 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

⁸ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editordrs Ltda., 2010. P, 164.

*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 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 a 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 estas 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.

4. 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 distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca

como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro⁹. (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»."

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

⁹ 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.

*inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado 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 del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de 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.

5. 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 Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocido por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares de los aseguramientos.

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

7. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones.

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

VI. MEDIOS DE PRUEBA.

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES.

1. Póliza de Seguro Vida Deudor.
2. Solicitud / certificado individual grupo deudores consumo y comercial
3. Objeción de fecha 15 de septiembre de 2023.
4. Respuesta de BBVA Seguros de Vida, de fecha 23 de octubre de 2023.
5. Reclamación de fecha 25 de octubre de 2023.
6. Derechos de petición enviados a EPS Sura.

INTERROGAORIO DE PARTE

1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **ANGELA MARÍA ORTIZ**, 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.

La señora Angela María Ortiz podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

DECLARACION DE PARTE.

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 servicios ofertados en las Pólizas de Seguro.

TESTIMONIALES

1. Sírvasse 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

2. .Sírvasse citar y hacer comparecer a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido 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 las pólizas que atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la asegurada, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas la el asegurada de cara a los contratos de seguro comentados en este litigio. El 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

EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS.

- 1.1. Debido a que el Ministerio de Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar a la señora Angela María Ortiz para que exhiba la Historia Clínica del Sr. Jesús Octavio

Puyana Morantes correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2023, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el asegurado (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la que declaró su estado de asegurabilidad.

Puede ser notificada a las direcciones aportadas en la demanda.

- 1.2.** . Debido a que el Ministerio de Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar a la EPS SURA, entidad que prestó los servicios médicos, para que exhiba la Historia Clínica del Sr. Jesús Octavio Puyana Morantes correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2023, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el asegurado (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la que declaró su estado de asegurabilidad.

Puede ser notificada a las direcciones aportadas en la demanda.

PRUEBAS DE OFICIO.

1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a EPS Sura a exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del del Sr. Jesús Octavio Puyana Morantes, cédula de ciudadanía No. 5.563.224, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2023. Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, ya que es la EPS en la cual era atendido el Sr. Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.). El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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 entidad puede ser notificada al correo notificacionesjudiciales@suramericana.com.co o a la dirección Plataforma Panorama - Calle 31 No. 13A – 51, local 17-18-19, Bogotá.

DICTAMEN EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 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 (Q.E.P.D) había sido diagnosticado antes del mes de octubre de 2020 con enfermedad renal crónica estadio II, entre otras condiciones médicas, (ii) que de haber conocido BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., las patologías de Jesús Octavio Puyana Morantes (Q.E.P.D). se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. 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 la entidad oficiada (EPS SURA) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado (Q.E.P.D.). 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 prestadora de salud mencionada pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

VII. ANEXOS.

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder especial conferido por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
3. Certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia

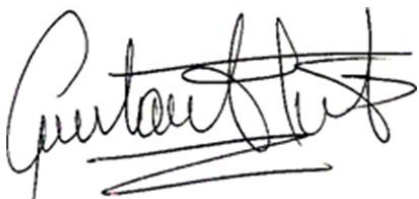
8. NOTIFICACIONES.

La señora Angela María Ortiz y su apoderado podrán ser notificadas en los correos electrónicos aortizmaya54@gmail.com y jplata@serranomartinezcma.com

Mi representada y parte recurrente BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en la dirección Cr 9 # 72 21 P 8. Bogotá D.C. o al correo electrónico judicialesseguros@bbva.com

Al suscrito en la Carrera 11A # 94A - 23 oficina 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.