

Señores

**JUZGADO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ (REPARTO)**

E. S. M.

**REFERENCIA:** PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
EXTRACONTRACTUAL

**DEMANDANTE:** EDUARDO MALDONADO SUSATAMA

**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

**LITISCONSORTE NECESARIO**

**POR ACTIVA:** BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA  
S.A. (EN ADELANTE BBVA COLOMBIA S.A.)

**ASUNTO:** PRESENTACIÓN DE LA DEMANDA

*Atento saludo,*

**LAURA ALEJANDRA RUIZ SERNA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.053.856.622, portadora de la tarjeta profesional No. 335.900 del C.S.J., obrando en representación del señor **EDUARDO MALDONADO SUSATAMA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.205.428, en virtud del poder especial por él conferido; valiéndome de este escrito presento ante su despacho demanda DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (mi representado no era asegurado, ni beneficiario) en contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el señor **JORGE MATUK CHIJNER**, identificado con P.P. No. AAG481121 – o quien haga sus veces al momento de la notificación –, como responsable de las sumas dinerarias que se reclaman. Se solicitará como litisconsorte necesario por activa a la sociedad BBVA COLOMBIA S.A.

Demanda que se edifica en los siguientes términos:

## 1. LITISCONSORCIO NECESARIO POR ACTIVA

El litisconsorcio necesario es una institución procesal que tiene como propósito vincular a un proceso o litigio un número plural de personas como parte pasiva o activa conectados por una única "relación jurídico sustancial", a fin de proferirse una decisión uniforme e igual para todos quienes integren la relación jurídico-procesal, por tanto se hace indispensable e imprescindible y por ende obligatoria su comparecencia.

Para aterrizar lo anterior al caso en concreto, se hace necesario traer a colación que el señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.) suscribió la Póliza de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 1050000030225 con BBVA SEGUROS, para asegurar el pago del crédito No. 07449601131367 adquirido con BBVA COLOMBIA S.A. en caso de muerte (POR CUALQUIER CAUSA) o incapacidad total y permanente.

La Póliza de seguro de vida grupo deudores No. 02 1050000030225 tenía un valor asegurado de CIENTO DIECISIETE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO DOS PESOS (\$ 117.195.102), y **el beneficiario era BBVA COLOMBIA S.A.**

En consecuencia, y en aras de garantizar el debido proceso, la lealtad procesal y el derecho al acceso a la administración de justicia, se solicita al H. despacho hacer parte del presente litigio a **BBVA COLOMBIA S.A.** como litisconsorte necesario por activa, por su interés en la futura decisión que se adopte.

## 1. AGOTAMIENTO DEL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD

Cumpliendo con el requisito de procedibilidad – conciliación prejudicial – previsto en el artículo 38 de la Ley 640 de 2001, se surtió la audiencia mencionada el día siete (07) de febrero de 2025, la cual se declaró fallida por parte del conciliador por NO ACUERDO, suscribiéndose la respectiva constancia, la cual es aportada con el presente libelo.

Así entonces, está dotado de competencia su señoría para conocer el presente asunto.

## 2. COMPETENCIA Y CUANTÍA

Se invoca la competencia del H. Juzgado conforme a lo previsto en el inciso 1 del numeral 1 del artículo 18 del Código General del Proceso, que a la letra dice:

*“Los jueces civiles municipales conocen en primera instancia:*

*1. De los procesos contenciosos de menor cuantía, incluso los originados en relaciones de naturaleza agraria, salvo los que correspondan a la jurisdicción contencioso administrativa. (...).”*

Es entonces el proceso *sub judice* de menor cuantía su señoría, en tanto las pretensiones se estiman en un total de **CIENTO DIECISIETE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO DOS PESOS M/Cte(\$\$117.195.102,00)**, cifra que claramente es superior a 40 S.M.L.M.V. e inferior a 150 S.M.L.M.V., tal y como lo concibe el artículo 25 del C.G.P.:

*“(...) Cuando la competencia se determine por la cuantía, los procesos son de mayor, de menor y de mínima cuantía.*

*(...)*

*Son de menor cuantía cuando versen sobre pretensiones patrimoniales que excedan el equivalente a cuarenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (40 smlmv) sin exceder el equivalente a ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 smlmv).)”*

En cuanto a la competencia territorial, se invoca conforme a lo previsto en el numeral 1 del artículo 28 del Código General del Proceso, veamos:

*“(...) 1. En los procesos contenciosos, salvo disposición legal en contrario, es competente el juez del domicilio del demandado. Si son varios los demandados o el demandado tiene varios domicilios, el de cualquiera de ellos a elección del demandante. Cuando el demandado carezca de domicilio en el país, será competente el juez de su residencia. Cuando tampoco tenga residencia en el país o esta se desconozca, será competente el juez del domicilio o de la residencia del demandante. (...)”.* (Negrilla fuera del texto).

### **3. EXTREMOS PROCESALES**

#### **PARTE DEMANDANTE:**

**1. EDUARDO MALDONADO SUSATAMA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.205.428; obrando en calidad de persona natural.

**2. BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. (EN ADELANTE BBVA COLOMBIA S.A.)**, identificado con el NIT 860.003.020-1, representado legalmente por el señor MARIO PARDO BAYONA, identificado con C.E. 1.098.155, o por quien haga sus veces al momento de la notificación para comparecer al proceso, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C.

#### **PARTE DEMANDADA:**

**3. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el señor JORGE MATUK CHIJNER, identificado con P.P. No. AAG481121, o por quien haga sus veces al momento de la notificación para comparecer al proceso, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C.

#### 4. PRESUPUESTOS FÁCTICOS

1. Mi representado, el señor EDUARDO MALDONADO SUSATAMA, era hermano del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), identificado en vida con la cédula de ciudadanía No. 19.483.336.
2. El día veintitrés (23) de junio de 2017, el señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.) y el señor ENRIQUE ASÍS DE ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 8.787.754, adquirieron un crédito hipotecario con el BANCO BBVA, por un valor de CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES DE PESOS (\$ 138.000.000), con un plazo de pago de 240 meses.
3. La obligación hipotecaria adquirida era la No. 07449601131367, y tenía como objeto la compra del bien inmueble ubicado en la Carrera 55 C # 162 - 79, Apartamento 1303, Edificio Lares 162 Propiedad Horizontal, en la ciudad de Bogotá D.C.
4. Concomitante a la adquisición de la obligación hipotecaria No. 07449601131367, el señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.) suscribió la Póliza de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 1050000030225 con BBVA SEGUROS, para asegurar el pago del crédito en caso de muerte (POR CUALQUIER CAUSA) o incapacidad total y permanente.
5. La Póliza de seguro de vida grupo deudores No. 02 1050000030225 tenía un valor asegurado de CIENTO DIECISIETE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO DOS PESOS (\$ 117.195.102), y el beneficiario era BBVA COLOMBIA S.A.
6. El contrato de seguro se sintetiza de la siguiente forma:

<b>ASEGURADO:</b>	CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA
<b>BENEFICIARIO:</b>	BBVA COLOMBIA S.A.
<b>PÓLIZA:</b>	02 1050000030225
<b>CERTIFICADO:</b>	0013-0744-46-4000645607
<b>OBLIGACIÓN:</b>	0013-0744-40-9601131367
<b>AMPAROS:</b>	- VIDA (Muerte por cualquier causa) - INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
<b>VALOR ASEGURADO:</b>	\$117.195.102,00

7. En la solicitud/certificado individual del contrato de seguro ya referido, se expresa que la aseguradora puede consultar la historia clínica del asegurado:

*“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 o a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** toda **información que posea sobre mi salud y/o epicrisis 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, si este llegare a celebrarse”.*

8. Por otro lado, en el clausulado de la póliza del Seguro de Vida Grupo Deudores Bancaseguros de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, se reitera que la póliza contratada **“CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.”** (Negrilla fuera del texto).

9. El hermano de mi prohijado, el señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), identificado en vida con la cédula de ciudadanía No. 19.483.336, falleció el nueve (09) diciembre de 2019.
10. El hermano de mi prohijado, el señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), no tenía cónyuge, ni compañera permanente, ni hijos.
11. Los únicos herederos legítimos del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), son sus hermanos, entre ellos, mi representado.
12. Como consecuencia de lo anterior, el bien inmueble ubicado en la Carrera 55 C # 162 - 79, Apartamento 1303, Edificio Lares 162 Propiedad Horizontal, en la ciudad de Bogotá D.C., entraría a hacer parte de la masa sucesoral.
13. Mi representado, el señor EDUARDO MALDONADO SUSATAMA, se enteró de la existencia de la póliza No. 02 1050000030225 en febrero de 2024, cuando le empezaron a notificar mora en el pago del crédito hipotecario No. 07449601131367, del cual era titular su hermano CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), y tuvo que realizar las averiguaciones del caso.
14. El bien inmueble que fue dado en garantía del crédito hipotecario No. 07449601131367, ubicado en la Carrera 55 C # 162 - 79, Apartamento 1303, Edificio Lares 162 Propiedad Horizontal, en la ciudad de Bogotá D.C., se encuentra embargado por mora en el pago de las cuotas.
15. A la fecha, BBVA SEGUROS no ha hecho efectiva la Póliza de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 1050000030225 y no ha pagado la obligación hipotecaria No. 07449601131367, producto del fallecimiento del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.).

16. En la parte inicial del clausulado del contrato de seguro celebrado entre CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), y BBVA SEGUROS, se definen los amparos del seguro, con sus exclusiones y anexos de ser el caso. Así, el siniestro de fallecimiento del asegurado se limitó de la siguiente forma:

#### **AMPARO BÁSICO**

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

#### **EXCLUSIONES**

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

17. Al tenor literal de lo acordado por las partes en el contrato de seguro, no se incluyeron condicionamientos de ningún tipo para amparar el fallecimiento del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.).

18. Sin perjuicio de lo expuesto con anterioridad, en lo atinente a las condiciones del contrato de seguro suscrito por las partes – **el cual no determinó exclusiones de ningún tipo** – la entidad aseguradora tenía el **deber** de constatar el estado de salud del asegurado fallecido, a través de la consulta de la historia clínica de este, de conformidad con los mandatos de la ley y la jurisprudencia.

19. Habiendo ocurrido el siniestro, el BANCO BBVA actuando como beneficiario, le solicitó a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. que hiciera efectiva la Póliza

de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 1050000030225 y se le pagara el saldo insoluto de la obligación hipotecaria No. 0744960113136, en razón al fallecimiento del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.).

20. El treinta (30) de diciembre de 2019, la entidad aseguradora negó el pedimento anterior, excusándose en las preexistencias de unas enfermedades que padecía el asegurado.

## 5. PRETENSIONES

En atención a lo expuesto, formulo como pretensiones las siguientes:

1. Se declare a la sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con NIT 800.240.882-0, responsable de los perjuicios ocasionados al señor EDUARDO MALDONADO SUSATAMA, por el no pago de la obligación hipotecaria No. 07449601131367, a raíz del fallecimiento de su hermano CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), identificado en vida con la cédula de ciudadanía No. 19.483.336; que habilitaba la efectividad de la siguiente póliza de seguro:

<b>ASEGURADO:</b>	CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA
<b>BENEFICIARIO:</b>	BBVA COLOMBIA S.A.
<b>PÓLIZA:</b>	02 1050000030225
<b>CERTIFICADO:</b>	0013-0744-46-4000645607
<b>OBLIGACIÓN:</b>	0013-0744-40-9601131367
<b>AMPAROS:</b>	- VIDA (Muerte por cualquier causa) - INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
<b>VALOR ASEGURADO:</b>	\$117.195.102,00

2. Se condene a la sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con NIT 800.240.882-0 a hacer efectiva la póliza No. 02 1050000030225, y en consecuencia, pague a favor del beneficiario **BBVA COLOMBIA S.A.**, el saldo insoluto de la obligación

crediticia No. 07449601131367 adquirida por el señor **CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.)**, identificado en vida con la cédula de ciudadanía No. 19.483.336.

3. Se condene a la sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con NIT 800.240.882-0 a pagar a favor del beneficiario **BBVA COLOMBIA S.A.**, los intereses moratorios a la tasa máxima certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia aumentada en la mitad, sobre el saldo insoluto de la obligación crediticia No. 07449601131367 adquirida por el señor **CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.)** con el Banco **BBVA COLOMBIA S.A.**, desde el día nueve (09) de diciembre de 2019; en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio, modificado por el párrafo del artículo 111 de la Ley 510 de 1999.

4. Se condene a la sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con NIT 800.240.882-0, a reintegrar al señor **EDUARDO MALDONADO SUSATAMA** lo pagado por este al Banco **BBVA COLOMBIA S.A.** por concepto de cuotas mensuales que ha debido cancelar para cubrir el monto de la obligación crediticia No. 07449601131367, adquirida por su hermano **CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.)**; Lo anterior, hasta que se genere el pago efectivo de la póliza de seguro individualizada en la pretensión 1.

5. De manera subsidiaria, de no prosperar el reconocimiento de los intereses moratorios indicados en la pretensión tercera, se **CONDENE** a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** , al pago de los valores correspondientes de forma indexada.

6. Se condene al pago de las costas procesales a la parte demandada.

7. Se condene al pago de agencias en derecho a la parte demandada.

## 5. FUNDAMENTOS DE DERECHO

### 5.1. De origen constitucional

- Constitución Política de Colombia: Artículos 1, 2, 13 y 58.

### 5.2. De origen legal

- Código Civil: Artículos 1602 y 1608.
- Código de Comercio: Artículos 1036 y subsiguientes.
- Ley 663 de 1993 *"Por medio del cual se actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se modifica su titulación y numeración"*: Numeral segundo del artículo 184.
- Ley 45 de 1990 *"Por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones"*: Artículo 44.

### 5.3. De origen jurisprudencial

- Sentencia T-316 de 2015. Magistrada Ponente María Victoria Calle Correa.
- Sentencia T-370 de 2015. Magistrado Ponente Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.
- Sentencia T-027 de 2019. Magistrado Ponente Alberto Rojas Ríos.
- Sentencia T-591 de 2017. Magistrado Ponente Antonio José Lizarazo Ocampo.
- Sentencia T-025 de 2024. Magistrado Ponente Paola Andrea Meneses Mosquera.
- Corte Suprema de Justicia, Sentencia STL7955-2018 del veinte (20) de junio de 2018. Magistrado Ponente Gerardo Botero Zuluaga.
- Corte Suprema de Justicia, Sentencia STC514-2015 del veintinueve (29) de enero de 2015. Magistrada Ponente Margarita Cabello Blanco.

## 6. RAZONES DE DERECHO

## 1. OBLIGACIONES DE LAS PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO

Antes de referirnos propiamente a las obligaciones de las partes en el contrato de seguro, importante es advertir que la actividad asegurativa es calificada de interés público y, en consecuencia, está cimentada en *“los fines que como operación económica persigue y en la protección de la parte más débil - asegurado y beneficiario - de la relación contractual.”*<sup>1</sup>

Ahora, teniendo como base el Código de Comercio, los elementos esenciales del contrato de seguro son el interés asegurable; el riesgo asegurable; la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador. A su vez, son parte del contrato el asegurador – quien asume los riesgos – y el tomador – la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos –.

Sin perjuicio de lo indicado sobre las partes del contrato, también figuran en el personas “intervinientes”. El artículo 1040 del Código de Comercio, sobre el beneficiario, establece que “[e]l seguro corresponde al que lo ha contratado, toda vez que la póliza no exprese que es por cuenta de un tercero”. En estos términos, el beneficiario es el tercero que recibirá el valor determinado que cubre la contingencia amparada en el contrato de seguro. En complemento de lo anterior, el artículo 1041 de la misma normativa refiere:

*“Las obligaciones que en este Título se imponen al asegurado, se entenderán a cargo del tomador o beneficiario cuando sean estas personas las que estén en posibilidad de cumplirlas.”*

Aunado a lo anterior, la Corte Constitucional<sup>2</sup> se refiere a los intervinientes como al “asegurado” y al “beneficiario”. El primero es el titular del interés asegurable – en este

---

<sup>1</sup> C. Const. Sent. C-269, abr. 28/1999. M.P. Martha Victoria Sáchica De Moncaleano.

<sup>2</sup> C. Const. Sent. C-269, abr. 28/1999. M.P. Martha Victoria Sáchica De Moncaleano.

caso, al tratarse de seguro de vida, el aquél cuya vida se ampara con el contrato de seguro – y el segundo es la persona natural o jurídica que tiene derecho a recibir la prestación asegurada – que puede ser designada por la póliza o por la ley –.

Las obligaciones de las partes en el contrato de seguro, entre otras, son las siguientes<sup>3</sup>:

**1.1. Por parte del asegurador:**

**1.1.1.** La obligación condicional de asumir el riesgo contratado; obligación que empieza a correr a la hora veinticuatro del día en que se perfecciona el contrato<sup>4</sup>.

**1.1.2.** Efectuar el pago de la prestación asegurada una vez ocurrido el siniestro dentro del término establecido por la ley. La forma de cumplimiento de dicha obligación se encuentra regulada en el artículo 1080 del Código de Comercio.

**1.2. Por parte del tomador o asegurado:**

**1.2.1.** Declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador<sup>5</sup>.

**1.2.2.** Pagar la prima en el plazo estipulado para tal fin<sup>6</sup>.

**1.2.3.** Mantener el estado del riesgo y notificar al asegurador cuando este se modifique y, por ende, se agrave<sup>7</sup>.

Así las cosas, se tiene que una de las obligaciones principales del asegurador es pagar la prestación asegurada al beneficiario y, por parte del tomador o asegurado, declarar el estado de riesgo según el formulario dispuesto por la entidad.

---

<sup>3</sup> Ibídem.

<sup>4</sup> Código de Comercio, art. 1057.

<sup>5</sup> Código de Comercio, art. 1058.

<sup>6</sup> Código de Comercio, art. 1066.

<sup>7</sup> Código de Comercio, art. 1060.

## **2. RESPONSABILIDAD DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. EN EL PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EN EL CASO CONCRETO**

Procederemos a analizar la objeción presentada por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** en el caso concreto, con el propósito de desvirtuar la veracidad de la misma y la configuración de la obligación de pago. Para tal fin es necesario adentrarnos en el análisis de la buena fe y la reticencia en el contrato de seguro.

En sentencia del treinta (30) de enero del año 2019 con Magistrado Ponente Alberto Rojas Ríos, la Corte Constitucional modificó la doctrina jurisprudencial que hasta el momento imperaba respecto de la buena fe en el contrato de seguro. De la revisión de múltiples acciones de tutela dirigidas a la salvaguarda de los derechos fundamentales de los accionantes, vulnerados por autoridades judiciales y entidades aseguradoras, la corporación decidió realizar un estudio conjunto de las mismas al advertir la relevancia constitucional del asunto tratado en cada una de ellas.

Siguiendo esta línea, uno de los problemas jurídicos principales de los cuales se ocupa la Corte es determinar si las entidades aseguradoras accionadas desconocieron los derechos fundamentales de los accionantes al negarse a hacer efectivas las pólizas de seguro que los mismos habían adquirido, bajo el argumento de presentarse preexistencia y/o reticencia en la suscripción de dichos contratos de seguro.

Para solucionar el problema jurídico referido, la Corte Constitucional hace un recorrido por los siguientes ámbitos:

- (i) El principio de buena fe en los contratos de seguro.
- (ii) La protección del derecho fundamental al mínimo vital de las personas en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta.

Con el fin de demostrar la plena aplicación que adquiere la doctrina jurisprudencial en el caso que nos ocupa, nos referiremos a cada tópico tratado por la Corte Constitucional en la sentencia que se analiza.

## **2.1. CAMBIO JURISPRUDENCIAL EN EL PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN LOS CONTRATOS DE SEGURO: DE LA “CONFIANZA” A LA NEGLIGENCIA<sup>8</sup>**

Es de común conocimiento las cargas adicionales que le asisten a la parte dominante de determinadas relaciones contractuales; dicho postulado, que deviene del artículo 83 de la Constitución Política, se reafirma cuando el que ostenta dicha posición además es el responsable de prestar un servicio público – tal como resulta ser la actividad aseguradora – que recoge la confianza de los consumidores.

Con el objetivo de blindar las relaciones entre las partes del contrato de seguro, la jurisprudencia constitucional planteó una serie de límites dirigidos a garantizar la claridad de las cláusulas y el conocimiento pleno de estas por parte de los contratantes en el desarrollo del negocio jurídico. En este orden de ideas, el asegurador deberá definir de la manera más diáfana posible, las condiciones del servicio que ofrece y, por su parte, el asegurado también tendrá que dar cumplimiento a sus obligaciones; veamos.

### **- Reticencia en el contrato de seguro: precisiones constitucionales**

En primera medida, es necesario distinguir entre la reticencia y la inexactitud. La primera hace referencia a un aspecto subjetivo, pues consiste en la intención del tomador o el asegurado de ocultar la información a la entidad aseguradora con fines

---

<sup>8</sup> Téngase como referencia el artículo denominado “*Novedad jurisprudencial: La corte constitucional modificó el precedente jurisprudencial en relación con las cargas de la aseguradora frente a la declaración del estado de riesgo en el contrato de seguros*”. Gómez Sáenz María Paula y Jiménez Triviño Gonzalo. 2019.

contractuales; en cambio, la segunda obedece a un carácter objetivo y hace alusión a la discrepancia que hay en la información declarada y la situación real del tomador o el asegurado<sup>9</sup>.

La figura de la reticencia ha sido plasmada en el artículo 1058 del Código de Comercio. De una rápida y primera lectura de este fragmento legal es posible deducir la gravedad de la inexactitud del tomador del seguro en la declaratoria del estado del riesgo. Sin embargo, podemos también afirmar que este artículo ha sido **reescrito** por la jurisprudencia constitucional.

Así como ha sido reescrito, debe también interpretarse por el operador judicial de una forma sistemática a los avances de la principalística constitucional. Inicialmente, el tomador del seguro – so pena de las sanciones establecidas en el Código de Comercio – tenía la obligación de informar sobre la existencia de sus enfermedades, así como la gravedad de estas, al momento de celebrar el contrato de seguro.

Ahora, con los postulados de la doctrina de la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional, este deber está supeditado a:

- a. El conocimiento **real** que tiene el tomador o asegurado de la enfermedad diagnosticada y registrada en la historia clínica.
- b. El incumplimiento a la obligación de declarar requiere un actuar de mala fe. Al respecto, indica la Corte:

*“Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato.”*

---

<sup>9</sup> C. Const. Sent. T-027, ene. 30/2019. M.P. Alberto Rojas Ríos.

Muy por el contrario, **la aseguradora** tiene a su cargo el cumplimiento de deberes más estrictos, a saber:

- a. Debe consignar en el texto de la póliza, **de manera clara y expresa**, las condiciones generales y específicas del contrato; incluyendo las variables que sirven para determinar el riesgo. En cuanto a la exclusión de alguna cobertura, arguye la Corte Constitucional, *“ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella”*. – **Una forma diferente de decir “nadie puede beneficiarse de su propio dolo”** –.
- b. Ante la estipulación de cláusulas ambiguas o vagas deberá interpretarlas a favor del usuario.
- c. Tiene como obligación ejercer todas las conductas necesarias tendientes a fijar de manera adecuada las condiciones del contrato de seguro y comprobar el elemento subjetivo en aras de configurar la reticencia. Para la Corte, estas acciones deben tener como fin verificar la correspondencia entre la información brindada por el tomador o asegurado y el estado real del mismo; tales acciones son:

*“a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con **cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales**–; b) solicitar la **autorización a la historia clínica y realizar una verificación** de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, **realizar los exámenes médicos***

*pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado*<sup>10</sup>.  
(Negrilla fuera del texto).

Ahora, si la entidad asegurada desea alegar la reticencia del tomador o beneficiario del seguro, dicha acción no supone una mera declaración de que ello es así. En términos de la Corte Constitucional en la sentencia que se analiza, el asegurador debe:

*“a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso<sup>[228]</sup> y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión<sup>[229]</sup>.”*

Entre otras decisiones, la Corporación trae a colación la Sentencia T-832 de 2010 en donde concede protección constitucional a una madre cabeza de familia a la que COLSEGUROS S.A. niega el pago del seguro de vida alegando una “preexistencia”. Al respecto, la sentencia en comentario aduce que la entidad aseguradora,

*“fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”.*  
(Negrilla fuera del texto).

---

<sup>10</sup> C. Const. Sent. T-027, ene. 30/2019. M.P. Alberto Rojas Ríos.

En todo caso, la Corte Constitucional reiteradamente ha indicado que, para que la entidad aseguradora pueda eximirse de la responsabilidad por el incumplimiento de sus obligaciones a través de la reticencia, deberá:

*“Principalmente, para alegar preexistencias como causal de reticencia, la aseguradora tendrá que (i) probar que la enfermedad fue adquirida antes de la celebración del contrato, pero además, para ello, debió (ii) haber hecho un examen de ingreso que dé cuenta del estado de salud del asegurado. Igualmente, (iii) en caso de haber cumplido con esas cargas, deberá probar que entre la preexistencia y la conducta del tomador existió mala fe. No basta alegar preexistencia sin que se exija demostrar mala fe.”<sup>11</sup> (Negrilla y subraya fuera del texto).*

Es de aclarar que las cargas referidas – el examen de ingreso y la mala fe – han sido reiteradas por la jurisprudencia de la Corporación<sup>12</sup>. Se concluye el dicho de la Corte, *“la aseguradora no puede alegar la nulidad del contrato, si no solicitó exámenes médicos al asegurado, o si habiéndolo hecho no especificó dentro del contrato las enfermedades que no cubriría”*<sup>13</sup>. (Negrilla fuera del texto).

- ***De la buena fe a la negligencia en el contrato de seguro***

En líneas atrás se expresó por este vocero judicial la interpretación que le era asignada a la buena fe en el contrato de seguro. Sobre el particular, se indicó el carácter cualificado de ésta al momento de realizar declaraciones sobre el estado del riesgo.

Ahora, cuando se habla de “buena fe” es común referirse al asegurado o al tomador, según el caso. Sin embargo, poco se dice del deber que le asiste a la entidad aseguradora

<sup>11</sup> C. Const. Sent. T-830, nov. 10/2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

<sup>12</sup> Al respecto, revisar las sentencias T-393 de 2015 y T-609 de 2016.

<sup>13</sup> C. Const. Sent. T-609, nov. 09/2016. M.P. Alberto Rojas Ríos.

de blindar las relaciones con los consumidores a través de la claridad, la información y la lealtad.

En el año 2012, la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-751, en donde tuvo la oportunidad de pronunciarse sobre la interpretación de las cláusulas del contrato de seguro y los argumentos que exponen las entidades aseguradoras sobre la preexistencia de enfermedades con el fin de no cubrir el acaecimiento del siniestro; veamos:

*“cuando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o **exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura.** En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-.” De tal suerte que “la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o **mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo.**” (Negrilla y subrayado fuera del texto).*

Es así como el máximo órgano constitucional – de antaño – ha puesto sobre la mesa los deberes de diligencia que, por la naturaleza del papel que cumplen en la sociedad, se les ha asignado a las entidades aseguradoras.

Posible es entonces afirmar que, es completamente inadmisibles que una aseguradora se escude en sus propios errores y ambigüedades para negarse a cumplir con sus

obligaciones contractuales, dando como resultado la vulneración de los derechos fundamentales de los usuarios.

De lo anterior se abre la puerta para referirnos al formulario o declaración de asegurabilidad como actuación previa a celebrar el contrato de seguro. Encaminados en la buena fe, la misma se perfecciona a partir de las condiciones que establecen las partes y el cumplimiento de las mismas en el marco de la verdad, la claridad y la lealtad contractual. En estos términos, la disposición de un cuestionario que permita conocer el estado real de riesgo del asegurado es fundamental.

Sobre lo anterior, la Corte Constitucional se pronunció en Sentencia T-342 de 2013. En dicha providencia, ampara la Corporación los derechos fundamentales del accionante al concluir que la entidad aseguradora incumplió el “*deber de desplegar las conductas pertinentes para fijar las condiciones del contrato, tales como diligenciar una declaración de asegurabilidad adecuada.*”<sup>14</sup>

- ***Reglas jurisprudenciales en la aplicación del principio de la buena fe en el contrato de seguro: Sentencia T-027 de 2019***

Con el firme propósito de evidenciar el cambio jurisprudencial que paulatinamente se ha venido dando en el principio de la buena fe en el contrato de seguro – y que se concreta inexorablemente con la Sentencia T-027 de 2019 – es necesario traer a la discusión las reglas puntuales que la providencia en comento estableció en la aplicación del principio referido.

La buena fe como principio es, *per se*, un mandato de optimización. En esta concepción los principios son “normas que ordenan que algo sea realizado en la mayor medida

---

<sup>14</sup> C. Const. Sent. T-027, ene. 30/2019. M.P. Alberto Rojas Ríos.

posible, dentro de las posibilidades jurídicas y reales existentes”<sup>15</sup>. Aunado a su definición teórica, la misma está compuesta por cuatro características fundamentales: gradualidad, optimización, deber ser ideal y carácter *prima facie*.

A juicio de ser concreto, estas características pueden sintetizarse en que los principios mandan a ser satisfechos de la mejor manera posible y en la mayor medida posible y, en consecuencia, constituirán un “deber ser ideal”. De esta forma, para verificar si el principio ha sido cumplido deberá acreditarse el grado de satisfacción “*más alto posible en razón de las circunstancias fácticas y jurídicas*”<sup>16</sup>. Teniendo esto de presente, el principio solo será un “mandato definitivo” – o deber ser real – cuando se haya concretado en una regla.

Así las cosas, procederemos a analizar el mandato definitivo que ha sentado la Corte Constitucional en la Sentencia T-027 de 2019 sobre la interpretación del principio de la buena fe aplicado al contrato de seguro:

- a. ***Respecto de la elaboración de las cláusulas:*** La aseguradora tiene la obligación de redactar de manera **precisa y taxativa** todas las exclusiones posibles y eliminar cualquier tipo de ambigüedad. Lo anterior tiene sustento en que, al ser la entidad aseguradora quien tiene a cargo la elaboración del clausulado, el tomador o asegurado se resigna a esta estipulación contractual establecida e impuesta por esta.
  
- b. ***Sobre la determinación del estado de salud del tomador o asegurado y la consecuente elaboración del contrato de seguro:*** Indica la corte,

---

<sup>15</sup> Robert Alexy, Teoría de los Derechos Fundamentales, citado, pág. 86. Citado en: Lopera Mesa, Gloria Patricia, “*Los derechos fundamentales como mandatos de optimización*”. Universidad Eafit.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

*“La aseguradora tiene **la obligación** de realizar una de las siguientes acciones, con el propósito de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato: **a)** realizar los **exámenes médicos** necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; **b)** solicitar la **autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración** hecha por el tomador o asegurado”. (Negrilla fuera del texto).*

- c. Si no se realizan los exámenes médicos o no se verifica la historia clínica del tomador o asegurado, la entidad deberá probar la mala fe de este. Es decir, demostrar con suficiencia que tomador o asegurado actuaron *“con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello”*.

Ahora, de forma increíblemente lucida, concluye la Corte:

*“Si la aseguradora **conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas** señaladas en precedencia, **no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza** de seguro cuando el tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado”. (Negrilla y subraya fuera del texto).*

Por lo expuesto, queda más que claro la intención de la guardiania de la constitución de reformar las cargas que se encontraban en cabeza de las entidades aseguradoras.

De la doctrina jurisprudencial es posible extraer que la aseguradora no puede eximirse de la responsabilidad que le asiste en el pago de las pólizas, argumentando su propia negligencia; pues ya se ha analizado con suficiencia que tiene a la mano múltiples posibilidades para verificar los dichos del tomador o asegurado, a saber: disponer de

un formulario de estado del riesgo completo y suficiente; elaborar cláusulas contractuales claras y taxativas; realizar exámenes médicos; solicitar autorización de acceso a la historia clínica y corroborarla o probar la mala fe del tomador o asegurado – mala fe que, desde luego, debió haberse representado con una entidad suficiente para que sea relevante para el derecho –.

#### **4. RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGUROS / OBLIGACIÓN DE LAS ASEGURADORAS DE PROBAR EL NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA INFORMACIÓN OMITIDA Y EL SINIESTRO**

La Corte Constitucional ha sostenido que las aseguradoras vulneran *(i)* el derecho fundamental al debido proceso de los tomadores cuando niegan el pago de los seguros de vida de manera infundada, lo que ocurre cuando **objetan el pago de la póliza con fundamento en la nulidad relativa del contrato por reticencia, pero no demuestran la mala fe, la trascendencia de la preexistencia o el nexo entre ésta y el siniestro.**<sup>17</sup>

En el presente caso, no existió mala fe del asegurado y no existió un nexo de causalidad entre la preexistencia del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.) y su muerte, motivo por el cual **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con NIT 800.240.882-0, debe hacer efectiva la póliza No. 02 1050000030225, y en consecuencia, pagar a favor del beneficiario **BBVA COLOMBIA S.A.**, el saldo insoluto de la obligación crediticia No. 07449601131367 adquirida por el señor **CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.)**, identificado en vida con la cédula de ciudadanía No. 19.483.336.

#### **5. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO**

---

<sup>17</sup> Sentencia T-025 de febrero de 2024.

Recapitulando los presupuestos fácticos que dieron origen al presente litigio, tenemos que el señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.) suscribió la Póliza de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 1050000030225 con BBVA SEGUROS, para asegurar el pago del crédito No. 07449601131367 al BANCO BBVA, en caso de muerte (POR CUALQUIER CAUSA) o incapacidad total y permanente.

En efecto, el beneficiario de la póliza en mención era el BANCO BBVA.

A su vez, en la parte inicial del clausulado del contrato de seguro celebrado entre CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), y BBVA SEGUROS, se definen los amparos del seguro, con sus exclusiones y anexos de ser el caso. Así, el siniestro de fallecimiento del asegurado se limitó de la siguiente forma:

#### **AMPARO BÁSICO**

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

#### **EXCLUSIONES**

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

Al tenor literal de lo acordado por las partes en el contrato de seguro, **no se incluyeron condicionamientos o exclusiones** de ningún tipo para amparar el fallecimiento del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.).

Habiendo ocurrido el siniestro, el BANCO BBVA actuando como beneficiario, solicitó que se hiciera efectiva la Póliza de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02

1050000030225 y se le pagara el saldo insoluto de la obligación hipotecaria No. 0744960113136. Sin embargo, la entidad aseguradora negó el pedimento excusándose en la preexistencia de unas enfermedades que padecía el asegurado en el año 2014, a saber, hipertensión arterial, gastritis crónica, hiperlipidemia y virus de inmunodeficiencia humana.

Tras este breve recuento es necesario acudir a las reglas jurisprudenciales estudiadas en líneas atrás. En el caso que nos ocupa **BBVA SEGUROS** incumplió con todas las obligaciones derivadas de la diligencia con que debe prestar el servicio público asegurativo. Infringió los postulados de la buena fe, violó la confianza de los usuarios y, en su actuar injustificado, vulneró los derechos fundamentales del aquí demandante.

La afirmación anterior tiene sustento en lo siguiente:

- (i) El clausulado de la “Póliza de seguro vida grupo” referenciada bajo el número 02 1050000030225 , en la cual fungía como asegurado el señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), amparó el riesgo de “muerte” sin exclusión alguna. Sin importar la causa de la muerte, el asegurado estaba amparado ante el acaecimiento de tal hecho.
- (ii) **BBVA SEGUROS** no dispuso de un formulario completo y eficaz para determinar el estado de riesgo del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.). Como puede apreciarse del cuestionario que se aporta en este escrito. Así, personificó la dejadez a los deberes contractuales y legales.
- (iii) **BBVA SEGUROS**, aun teniendo pleno acceso a la historia clínica del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), no se interesó en lo más mínimo por indagar por el estado de riesgo del asegurado. Con esta acción puede inferirse que la aseguradora aceptó tácitamente amparar los siniestros que pudieron haberse presentado respecto de este. Si la aquí demandada hubiera verificado el estado de salud del señor MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), bien

pudo haberse rehusado a contratar con él – en pleno dominio de la autonomía de la voluntad –.

- (iv) Si la aseguradora no revisó la historia clínica del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), mucho menos le realizó examen médico alguno o exigió la presentación de estos al asegurado.
- (v) Como se expuso, **BBVA SEGUROS** alegó la preexistencia de unas enfermedades (hipertensión arterial, gastritis crónica, hiperlipidemia y virus de inmunodeficiencia humana) en cabeza del asegurado, sin que haya presentado elementos de convicción sobre este hecho, ni probado el nexo de causalidad entre estas y el siniestro, es así como tampoco probó la mala fe que debe derivarse del mismo.

Para alegar la reticencia en el contrato de seguro, **BBVA SEGUROS** debió desplegar alguna de las acciones indicadas en los literales anteriores. No obstante, siguiendo la doctrina jurisprudencial, no podrá alegarla ni eximirse de su responsabilidad de pagar los amparos derivados de la ocurrencia del siniestro si ***conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas.*** Frente al particular, refuerza la Corte Suprema de Justicia indicando lo siguiente:

*“Así, para resolver este tipo de casos se debe tener en cuenta que: “i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone **incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado**; ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de **realizar exámenes médicos previos** al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al*

*momento de suscribir el seguro; iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de **demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad** por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en **una mala fe contractual**, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso; iv) **no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.** (C. Constitucional, sentencia T-393 de 2015).<sup>18</sup>” (Negrilla fuera del texto).*

A su vez, es pertinente relacionar el caso objeto de debate en Sentencia T-670 de 2016, en donde el accionante solicitó hacer efectiva una póliza de seguro cuyo pago había negado la aseguradora indicando que el mismo había actuado de mala fe al no declarar que padecía leucemia desde los diez años de edad. Al respecto la corporación indicó que la reticencia era inoponible al evidenciar que la aseguradora *“(i) no realizó examen médico previo al accionante; (ii) ni solicitó que allegara valoraciones médicas recientes con miras a establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el contrato; (iii) tampoco verificó previamente la información en su historia clínica, pese a tener autorización expresa del tomador; y (iv) con todo, aceptó el seguro y habilitó la cobertura del riesgo asegurado.”*

De la argumentación que precede es dable concluir por este apoderado judicial que, a la luz de los postulados legales y jurisprudenciales, **NO existe justificación u oposición alguna que pueda alegar BBVA SEGUROS en el caso concreto para eximirse de las pretensiones aquí elevadas.** En primer lugar, al amparar el riesgo de muerte sin exclusión alguna y, en segundo lugar, porque la aseguradora pudo o cuando menos debió conocer el estado del riesgo del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.), **pues tenía pleno acceso a la historia clínica de este y solo se interesó en estudiarla una vez ocurrió el siniestro.**

---

<sup>18</sup> CSJ, Sent. STL7955-2018, jun. 20/2018. M.P. Gerardo Botero Zuluaga.

Nuevamente se recalca, con el cambio jurisprudencial en la interpretación del principio de la buena fe en el contrato de seguro, creer ciegamente en el dicho del tomador o beneficiario por parte de la aseguradora se considerada negligencia y atenta contra la lealtad contractual y la confianza que se genera en los consumidores al momento de adquirir un seguro de vida.

## **6. INTERESES MORATORIOS EN EL CASO CONCRETO**

Respecto del pago de intereses moratorios ante el incumplimiento en el contrato de seguro, el artículo 1080 del Código de Comercio, modificado por el parágrafo del Artículo 111 de la Ley 510 de 1999, reza:

*“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.*

*El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.*

*El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior <inciso primero original del artículo>, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.”*

## **7. PRUEBAS**

### **- DOCUMENTALES**

7.1. Copia de la cédula de ciudadanía del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.).

7.2. Copia de la cédula de ciudadanía del señor EDUARDO MALDONADO SUSATAMA.

7.3. Registro Civil de Defunción del señor CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.).

7.4. Registro Civil de Nacimiento de CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.).

7.5. Registro Civil de Nacimiento de EDUARDO MALDONADO SUSATAMA.

7.6. Certificado de Póliza de Seguro Vida Deudores No. 02 1050000030225, emitida por la entidad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

7.7. Clausulado de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores Bancaseguros No. 02 219 0000239109 de la entidad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

7.8. Detalle de movimientos de póliza vida individual deudor.

7.9. Derecho de petición presentado por el señor EDUARDO MALDONADO SUSATAMA dirigido al **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

7.10. Respuesta al derecho de petición anterior.

7.11. Carta de objeción del pago del seguro dirigida a BBVA COLOMBIA S.A.

**- DECLARACIÓN DE PARTE:**

Solicito se decrete la declaración de parte de mi representado, a fin de que exponga lo que le conste acerca de los fundamentos fácticos mencionados en la presente demanda, y del estado de salud de su hermano CARLOS JULIO MALDONADO SUSATAMA (Q.E.P.D.).

**- INTERROGATORIO DE PARTE**

Solicito se decrete el interrogatorio de parte del representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, a fin de que expongan las circunstancias fácticas que le consten de los hechos mencionados en la demanda y en la contestación.

**8. JURAMENTO ESTIMATORIO**

El artículo 206 del C.G.P. en relación al juramento estimatorio indica 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”*. De esta forma, se estima razonadamente la cuantía bajo juramento por valor de CIENTO DIECISIETE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO DOS PESOS M/Cte(\$\$117.195.102,00).

**9. ANEXOS**

- Poder especial para actuar.
- Constancia de conciliación fallida por no acuerdo.

- Certificado de la superintendencia financiera de Colombia del BBVA COLOMBIA S.A., identificado con NIT. 860.003.020-1 y certificado de existencia y representación legal.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de la sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** identificada con NIT. 800.240.882-0.
- Los documentos enunciados en el acápite de pruebas.
- La constancia del envío previo de la demanda y sus anexos a la parte demandada.

## 10. NOTIFICACIONES

### LA PARTE DEMANDANTE:

Correo electrónico: [eduardomaldonado@bailtda.com](mailto:eduardomaldonado@bailtda.com)

### APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE:

Dirección: Calle 67 # 23 C – 25 del barrio Palermo de Manizales (Caldas)

Correo electrónico: [laura.2604@hotmail.com](mailto:laura.2604@hotmail.com)

Celular: 3005052992

### LITISCONSORTE NECESARIO POR ACTIVA

Dirección: Cr 9 # 72 – 21, en Bogotá D.C.

Correo electrónico: [notifica.co@bbva.com](mailto:notifica.co@bbva.com)

Bajo la gravedad de juramento afirmo que la dirección física y electrónica mencionada, corresponden a las utilizadas por **BBVA COLOMBIA S.A.**, y se indica que dichos datos fueron extraídos del certificado de existencia y representación legal que se aporta de dicha entidad.

**LA PARTE DEMANDADA:**

Dirección: Cr 9 # 72 - 2, P 8 de Bogotá D.C.

Correo electrónico: [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)

Bajo la gravedad de juramento afirmo que la dirección física y electrónica mencionada, corresponden a las utilizadas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, y se indica que dichos datos fueron extraídos del certificado de existencia y representación legal que se aporta de dicha entidad.

Con el acostumbrado respeto,

Laura Alejandra Ruiz S.

**LAURA ALEJANDRA RUIZ SERNA**

C.C. No 1.053.856.622

T.P. No. 335.900 del C.S.J.