

SEÑORES

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCION DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.
RADICADO: 2025022493
EXPEDIENTE: 2025-3140
DEMANDANTE: DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BBVA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, 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. Comedidamente procedo dentro del término legal a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA**, en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones del Demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS.

FRENTE AL HECHO 1: Teniendo en cuenta que son varias manifestaciones las que se presentan en el presente numeral, procedo a pronunciarme de la siguiente manera:

- No me consta lo relacionado con el crédito terminado en 9586 , por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y Banco BBVA Colombia, y 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.
- Es cierto que se realizó la colocación de la póliza de Vida Grupo Deudor No. 02 260 0000013977, que tenía por objeto asegurar la obligación No. 0013-0158-00-9623189586

con el Banco BBVA Colombia. Sin embargo, debe advertirse desde este momento que el debe recordarse que el señor Diego Suárez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Tal omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes médicos que padecía no fueron informados a mi representada en el momento de su inclusión en dicho contrato. Hecho que de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE AL HECHO 2: No me consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones ajenas a 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. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE AL HECHO 3: Es cierto. Sin embargo, desde ya se advierte que la solicitud de reclamación presentada el día 24 de enero de 2025 fue objetada por reticencia pues debe advertirse desde este momento que el debe recordarse que el señor Diego Suárez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Tal omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes médicos que padecía no fueron informados a mi representada en el momento de su inclusión en dicho contrato. Hecho que de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro

en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE AL HECHO 4: Es cierto, en efecto mi representada objetó la solicitud de indemnización en razón a la omisión de información relevante por parte del asegurado en su declaración de asegurabilidad, dado que, según la calificación realizada por la Dirección General de Sanidad Militar, el señor Diego Fernando Suárez Escamilla tenía antecedentes médicos de hipoacusia, trastornos internos de la rodilla, lumbago, tendinitis rotuliana, hipertensión arterial y leishmaniasis, los cuales no fueron reportados al momento de contratar la póliza. Tal omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes médicos que padecía no fueron informados a mi representada en el momento de su inclusión en dicho contrato. Hecho que de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

II. OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

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, teniendo en cuenta que el contrato de seguro suscrito por el asegurado Diego Suárez se encuentra viciado de nulidad relativa debido que fue reticente al momento de suscribir la póliza. El asegurado omitió información esencial sobre su estado de salud en la declaración de asegurabilidad, ocultando patologías preexistentes como Hipoacusias, Trastornos Internos de la Rodilla de larga data, Lumbago y Tendinitis Rotuliana, Diagnóstico de HTA (hipertensión arterial) y antecedente de Leishmaniasis Cutánea, entre otras. Dicha omisión afectó la correcta valoración del riesgo por parte de la aseguradora y vicia su consentimiento en la contratación del seguro. Conforme al artículo 1058 del Código de Comercio y a la jurisprudencia aplicable, esta omisión configura una causal de nulidad relativa del contrato, lo que exonera a la aseguradora de cualquier obligación indemnizatoria.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: Me opongo, BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. no tiene obligación derivada de la póliza, ya que el contrato de seguro está viciado de nulidad relativa debido a la reticencia del asegurado, quien omitió información esencial sobre su estado de salud, ocultando patologías preexistentes como Hipoacusias, Trastornos Internos de la Rodilla de larga data, Lumbago y Tendinitis Rotuliana, Diagnóstico de HTA (hipertensión arterial) y antecedente de

Leishmaniasis Cutánea, entre otras. Tal omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes médicos que padecía no fueron informados a mi representada en el momento de su inclusión en dicho contrato. Hecho que de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es consecencial de la anterior y como aquella es improcedente, esta también debe ser desestimada. Así mismo, es necesario tener en consideración que en virtud del artículo 1080 del Código de Comercio, sólo es factible reclamar intereses moratorios al asegurador, luego de la fase de valoración de la prueba, toda vez que sólo en desarrollo de esa labor de juzgamiento resulta posible determinar lo que se tuvo por probado en el proceso. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

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

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

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3: En efecto, me opongo, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de costas.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Demandante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4: Me opongo, en tanto es claro que no procede pago alguno por

cuenta de mi representada y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de agencias en derecho.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Demandante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

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 \$70.000.000. Comoquiera que la Vida Grupo Deudor No. 02 260 0000013977 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 del señor Diego Fernando Suarez Escamilla, 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.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO PRINCIPALES.

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, el señor Diego Fernando Suarez Escamilla, fue reticente, debido a que, en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, no informó los padecimientos sufridos al momento de su aseguramiento, relacionados con Hipoacusia neurosensorial bilateral, Trastornos Internos de la Rodilla, Lumbago y Tendinitis Rotuliana, hipertensión arterial, dislipidemia, omalgia derecha crónica, y antecedente de Leishmaniasis Cutánea. Omitiendo declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora la totalidad de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado. Que, de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

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

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”¹ (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.”(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

No obstante y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia

invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo

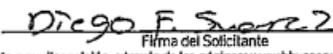
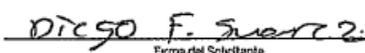
antes de contratar.

- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, esto es, el 27 de junio de 2021, se le formuló un cuestionario (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 Diego Fernando Suarez Escamilla omitió declarar que padecía de Hipoacusias, Trastornos Internos de la Rodilla de larga data, Lumbago y Tendinitis Rotuliana, Diagnóstico de HTA (hipertensión arterial), dislipidemia, omalgia derecha crónica y antecedente de Leishmaniasis Cutánea, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor Diego Fernando Suarez Escamilla conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 27 de junio de 2021, negó la existencia de sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia el haber omitido parte de sus enfermedades, con respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

(Todas las preguntas deben ser contestadas a través del seguro en forma clara y sin usar lenguaje ambiguo)

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				SI	No		
Estatura	1.63	cms	Peso	63	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, disloma, discopatía?							X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?							X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?							X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?							X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?							X
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, entiendo 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 1581 de 2012.							
Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, eximo 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 mi 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, si éste llegare a celebrarse.							
 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 ésta 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 <u>Bogotá</u> a los <u>17</u> días del mes de <u>Junio</u> de <u>2011</u>							
 Firma del Solicitante							
Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. - Estación No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00 Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 0188-9334020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385. e-mail: delensoria.bbvacolombia@bbva.com.co Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983							

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso el señor Diego Suárez respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. 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 de los aseguramientos. Debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades con anterioridad al perfeccionamiento de su seguro, situación 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 sus aseguramientos, la hubieren retraído de contratar, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor Diego Suárez, es de gran importancia abordar lo señalado por el dictamen de calificación de invalidez, documento que fue aportado al proceso por la parte Accionante. En este dictamen el ente de Calificación es muy claro al establecer, como criterios para fijar la pérdida de capacidad laboral en un 53,42%, los siguientes antecedentes:

A. ANAMNESIS

ASISTE SARGENTO VICEPRIMERO A REALIZACION DE JUNTA MEDICA DE APTITUD PSICOFISICA, 20 AÑOS DE ANTIGÜEDAD, ORGÁNICO DE BITER 12 ARMA INFANTERIA CARGO ACTUAL JEFE DE SERVICIOS E INSTRUCTOR, PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE TRAUMA DE HOMBRO DERECHO AL CAER DE SU PROPIA ALTRURA MIENTRAS REALIZABA UNA MARCHA EN EL AÑO 2021 MANEJADO CON INFILTRACIONES, FISIOTERAPIA, ANALGESIA, ACTUALMENTE CON DOLOR A NIVEL DORSAL, ADEMÁS ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTANEA EN EL AÑO 2012 MANEJADO CON GLUCANTIME , PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HACE 5 AÑOS MANEJADO CON VALSARTAN ATORVASTATINA , AL MOMNETO REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES CON DOLOR EN REGION LUMBAR CUANDO ADQUIERE POSICIONES PROLONGADAS. SE PONE EN CONOCIMIENTO LOS CONCEPTOS QUIEN INDICA ENTENDER Y ACEPTAR

DOCUMENTO: “ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL No. 224500 REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO “

Las enfermedades, lesión y/o afecciones referidas en el cálculo final del porcentaje de pérdida de capacidad laboral con antecedentes anteriores a la fecha de declaración de asegurabilidad y que fueron asignadas en la calificación, corresponden a las siguientes:

- 1). Hipertensión arterial.
- 2.) Hipoacusia neurosensorial derecha e izquierda
- 3.) Dislipidemia.
- 4.) Leishmaniasis.
- 5.) Omalgia bilateral.
- 6.) Trastorno interno de rodilla.
- 7.)Lumbago tendinitis rotuliana

A continuación, se verá como cada una de las enfermedades que se relacionan en el acta de junta médico laboral, eran de pleno conocimiento del señor Suárez por ser diagnosticadas con anterioridad al 27 de junio de 2021, fecha en la que se suscribió la declaración de asegurabilidad de la Póliza 02 260 0000013977, veamos:

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

(AFECCIÓN POR EVALUAR- DIAGNÓSTICO- ETIOLOGÍA- TRATAMIENTOS VERIFICADOS- ESTADO ACTUAL- PRONÓSTICO- FIRMA MÉDICO)

Fecha: 15/08/2024 Servicio: MEDICINA INTERNA

FECHA INICIO: PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL HACE 5 AÑOS. HALLAZGO CLINICO DURANTE EXAMENES DE RUTINA EN LA CIUDAD DE BOGOTA SIGNOS Y SINTOMAS: PACIENTE ASINTOMATICO. SIN ALTERACION EN LOS EXAMENES . TENSIONES ARTERIALES EN METAS. SIN EVIDENCIA DE DAÑO ORGANICO MEDIADO POR HIPERTENSION ETIOLOGIA: HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA TRATAMIENTOS VERIFICADOS: VALSARTAN-ATORVASTATINA ESTADO ACTUAL: PACIENTE ESTABLE. SIN EVIDENCIA DE DAÑO ORGANICO MEDIADO POR HIPERTENSION DIAGNOSTICO: HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA DISLIPIDEMIA SECUELAS: SIN EVIDENCIA DE DAÑO ORGANICO PRONOSTICO: BUEN PRONOSTICO SUJETO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y A LOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE CONDUCTA A SEGUIR: CONTINUAR TRATAMIENTO INSTAURADO. CONTROLES POR MEDICINA INTERNA CADA 3 MESES (HM) 257532.

- **HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL.**

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que la asegurada por lo menos desde antes del 27 de junio de 2021, padecía de hipoacusia Neurosensorial Bilateral.

- **DISLIPIDEMIA.**

RNM HOMBRO DERECHO 16/11/2021: PINZAMIENTO SUBACROMIAL CON CAMBIOS HIPERTROFICOS ACROMIOCLAVICUALES ; DESGARRO PARCIAL DEL TENDON SUPRAESPINOSO
ETIOLOGIA: TRAUMÁTICO
INFECCIOSO- PARASITARIO
FUNCIONAL TRATAMIENTOS VERIFICADOS: TERAPIAS INFILTRACIONES EN HOMBRO DERECHO
TERAPIAS FISICAS A LA COLUMNA CON INFILTRACIONES
VALSARTAN-ATORVASTATINA
GLUCANTIME ESTADO ACTUAL: SV: TA: 110/80 . FC: 85 . FR: 19 . SATO02: 96%.INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN APOYO ORTOPEDICO. CONCIENTE ORIENTADO EN TRES ESFERAS SE MUESTRA COLABORADOR CON LENGUAJE COHERENTE NO IDEAS DELIRANTES NO ACTITUD ALUCINANTE. C/C PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ. MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA. C/P: SIMETRICO EXPANSIBLE SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. ABD: DEPRESIBLE. NO MASAS. NO MEGALIAS. GU: NO VALORADOS. EXT: DOLOR A LA MOVILIZACION Y FLEXOEXTENSION DE HOMBRO DERECHO. CON CREPITOS A LA MOVILIZACION. SIN LIMITACION FUNCIONAL A LOS MOVIMIENTOS . RESTO DE EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA. COLUMNA NO RADICULOPATIA FLEXION DE TRONCO III/IV DOLOROSO A LA MOVILIZACION. LASEGUE NEGATIVO. SNC: NO DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE. PIEL: SE OBSERVACICATRIZ DE 2X2 CMS DE DIAMETRO ATROFICA HIPERPIGMENTADA. NO LESIONES ACTIVAS EN PIEL. DIAGNOSTICO: HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA),ESCOLIOSIS. NO ESPECIFICADA.SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO. 1. ESCOLIOSIS DORSAL
2. DISCOPATÍA DE T9-T10
3. SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO DERECHO
4. LEISHMANIASIS CUTÁNEA
5. HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA
6. DISLIPIDEMIA
7. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DERECHA OD 30 DBS Y OI 21 SECUELAS: - CICATRIZ POR LEISHMANIASIS
- ARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR DERECHA
- DOLOR HOMBRO DERECHO
PRONOSTICO: 1.DEBE TENER CONTROL ESTRICTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL
2.AL REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA HACERLO CON ZAPATO Y ROPA ADECUADA
3.EVITAR EL SEDENTARISMO
4.ACTIVIDAD FÍSICA DIRIGIDA Y CONTROLADA POR UN PROFESIONAL
5.NO PERMANECER EN UNA MISMA POSICIÓN POR PERÍODOS PROLONGADOS (SENTADO O DE PIE), HACER CAMBIOS DE POSICIÓN
6.USO DE CALZADO ADECUADO CON CAMUFLADO (BOTA DE COMBATE URBANO DE ACUERDO AL REGLAMENTO DE UNIFORME RGE4-20.1)
7.ADECUAR A SU COTIDIANIDAD PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS MUSCULARES
8.CONTINUAR CON FORTALECIMIENTOS MUSCULAR DE MÚSCULOS DE LA ESPALDA Y HOMBRO
9.EVITAR DEPORTES DE IMPACTO QUE IMPLIQUE CORRER. SALTAR O TROTAR

- **OMALGIA BILATERAL.**

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que la asegurada por lo menos desde antes del 27 de junio de 2021, padecía de Omoalgia Bilateral.

- **TRASTORNO INTERNO DE RODILLA.**

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que la asegurada por lo menos desde antes del 27 de junio de 2021 padecía de trastorno interno de rodilla.

- **LUMBAGO TENDINITIS ROTULIANA**

Fecha: 15/08/2024 Servicio: SALUD OCUPACIONAL

FECHA INICIO: SARGENTO VICEPRIMERO 20 AÑOS DE ANTIGÜEDAD, ORGÁNICO DE BITER 12 ARMA INFANTERIA CARGO ACTUAL JEFE DE SERVICIOS E INSTRUCTOR, PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE TRAUMA DE HOMBRO DERECHO AL CAER DE SU PROPIA ALTRURA MIENTRAS REALIZABA UNA MARCHA EN EL AÑO 2021 MANEJADO CON INFILTRACIONES, FISIOTERAPIA, ANALGESIA, ACTUALMENTE CON DOLOR A NIVEL DORSAL, ADEMÁS ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTANEA EN EL AÑO 2012 MANEJADO CON GLUCANTIME , PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HACE 5 AÑOS MANEJADO CON VALSARTAN ATORVASTATINA , AL MOMNETO REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES CON DOLOR EN REGION LUMBAR CUANDO ADQUIERE POSICIONES PROLONGADAS, SE REALIZA CONCEPTO VIRTUAL, EL USUARIO SE ENCUENTRA EN LA CIUDAD DE FLORENCIA, VALORACIÓN REALIZADA POR TE. ROSEMBERG SOTO, SE LE INFORMA Y EL PACIENTE ESTA DE ACUERDO A SU REALIZACIÓN.

SIGNOS Y SINTOMAS: RNM COLUMNA TORÁCICA 11/06/2024: ACTITUD ESCOLIÓTICA DORSAL DE VÉRTICE DERECHO ; DISCOPATÍA DORSAL T9 -T10 SIN EVIDENCIA DE ESTENOSIS FORAMINAL
ATS 26/03/2024: OD 30 DBS Y OI 21 DBS
SIVIGILA

- **LEISHMANIASIS CUTÁNEA**

Fecha: 15/08/2024 Servicio: SALUD OCUPACIONAL

FECHA INICIO: SARGENTO VICEPRIMERO 20 AÑOS DE ANTIGÜEDAD, ORGÁNICO DE BITER 12 ARMA INFANTERIA CARGO ACTUAL JEFE DE SERVICIOS E INSTRUCTOR, PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE TRAUMA DE HOMBRO DERECHO AL CAER DE SU PROPIA ALTRURA MIENTRAS REALIZABA UNA MARCHA EN EL AÑO 2021 MANEJADO CON INFILTRACIONES, FISIOTERAPIA, ANALGESIA, ACTUALMENTE CON DOLOR A NIVEL DORSAL, ADEMÁS ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTANEA EN EL AÑO 2012 MANEJADO CON GLUCANTIME , PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HACE 5 AÑOS MANEJADO CON VALSARTAN ATORVASTATINA , AL MOMNETO REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES CON DOLOR EN REGION LUMBAR CUANDO ADQUIERE POSICIONES PROLONGADAS, SE REALIZA CONCEPTO VIRTUAL, EL USUARIO SE ENCUENTRA EN LA CIUDAD DE FLORENCIA, VALORACIÓN REALIZADA POR TE. ROSEMBERG SOTO, SE LE INFORMA Y EL PACIENTE ESTA DE ACUERDO A SU REALIZACIÓN.

SIGNOS Y SINTOMAS: RNM COLUMNA TORÁCICA 11/06/2024: ACTITUD ESCOLIÓTICA DORSAL DE VÉRTICE DERECHO ; DISCOPATÍA DORSAL T9 -T10 SIN EVIDENCIA DE ESTENOSIS FORAMINAL
ATS 26/03/2024: OD 30 DBS Y OI 21 DBS
SIVIGILA

En virtud de las exposiciones detalladas que anteceden respecto a cada anotación inscrita en el Acta de Junta Médico Laboral que obra en el expediente, el señor Suárez padecía Hipoacusias, Trastornos Internos de la Rodilla de larga data, Lumbago y Tendinitis Rotuliana, Diagnóstico de HTA (hipertensión arterial) y antecedente de Leishmaniasis Cutánea, padecimientos con antecedentes anteriores a la fecha de diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, y los cuales en todo caso tienen como etiología el desarrollo de sus actividades dentro de las fuerzas militares. Como se aprecia estas patologías son anteriores a la fecha de suscripción del contrato de seguro, lo que implica que eran de pleno conocimiento del señor Suárez, sin embargo, nunca lo informó a la compañía aseguradora.

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 (C-232 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.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, el señor Diego Suárez padecía y conocía de la existencia de sus diagnósticos de Hipoacusias, Trastornos Internos de la Rodilla de larga data, Lumbago y Tendinitis Rotuliana, Diagnóstico de HTA (hipertensión arterial) y antecedente de Leishmaniasis Cutánea. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de ésta a la Compañía Aseguradora, aun cuando le fue preguntado expresamente.

En resumen, el señor Diego Suárez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los padecimientos y condiciones preexistentes de salud con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, lo hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, bastará con examinar la historia clínica del señor Diego Suárez, que se solicita de oficio para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de sus enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Suárez debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del contrato, tales como Hipoacusias, Trastornos Internos de la Rodilla de larga data, Lumbago y Tendinitis Rotuliana, Diagnóstico de HTA (hipertensión arterial) y antecedente de Leishmaniasis Cutánea. Más aún,

cuando sus patologías le fueron preguntadas expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

2. 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 expondrá 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 buena fe. La razón de esto es que en el contrato de seguro la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es

precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que el 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 jurídico. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo 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 fundamentales^l. 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 conocer”. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

De modo similar, la misma Corte Constitucional en sentencia Sentencia T-660 del 30 de 2017, 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.”(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 Gutiérrez, en donde estableció lo siguiente:

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

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

*Esto por cuanto, se reitera, **el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos***

adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

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

No sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la retención sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...**”*
(subrayado fuera del texto original). LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a

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

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

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que 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

3. 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 sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016 de 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 está 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 seguro. (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 rubrica 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 cumulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan

simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio”.

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.

4. BBVA SEGUROS DE VIDA 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 Diego Fernando Suarez Escamilla 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 la totalidad de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado y que de hecho, de haber sido 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.

5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada. En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada.

El artículo 1079 del Código de Comercio, reza lo siguiente en torno a la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“(…) ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. *El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074 (...).”*

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 14 de diciembre de 2001, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

(…) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta

Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización” (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual por evento y vigencia anual indicado en la póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 260 0000013977, así:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$96,000,000.00
Incapacidad total y permanente	\$96,000,000.00

DOCUMENTO: CERTIFICACIÓN SEGURO VIDA DEUDOR DIEGO FERNANDO SUAREZ.

Por todo lo anterior, teniendo en cuenta que el valor asegurado es de \$96.000.000.00, la Compañía de Seguros no podrá ser condenada de manera superior a este límite.

Comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

6. EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DEL CONTRATO DE SEGURO ES BANCO BBVA COLOMBIA.

En este punto es preciso resaltarle al Despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias, para el presente caso Banco BBVA Colombia. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

“(…) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo¹”

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores se encuentran estructuradas bajo la necesidad con la que contaban las entidades financieras de gestionar sus riesgos en las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que generalmente el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización, solamente puede ser la entidad bancaria que tomó el seguro vida grupo deudor para asegurar a sus acreedores y el riesgo de impago derivado de su pérdida de capacidad laboral. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

“(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el

¹ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora².”

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro asociado, esto es la póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 260 0000013977, tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió el señor Diego Fernando Suarez Escamilla. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera Banco BBVA Colombia, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, es imperioso que el Despacho tome en consideración que, ante una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, el beneficiario de la indemnización únicamente puede ser el acreedor de la obligación financiera que estaba vinculada con el seguro de vida deudor. En la medida que así fue pactado, lo que en estricto sentido permite concluir, que el Demandante no se encuentra facultado para recibir ningún valor por concepto de indemnización.

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

7. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Es importante tener en cuenta que el Art. 1081 del Estatuto Comercial establece que las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en el término de dos años. Dicho precepto establece lo siguiente:

“(...) ARTÍCULO 1081. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes (...)”

En el caso concreto, de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la

² Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del Art. 1081 del C. Co.

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

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

V. MEDIOS DE PRUEBA.

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

1. Póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 260 0000013977
2. Declaración de asegurabilidad del señor Diego Fernando Suarez Escamilla en la póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 260 0000013977
3. Objeción emitida por BBVA Seguros De Vida Colombia S.A.
4. Derecho de petición enviado a la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA**, 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. Podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Grupo Deudores.

4. TESTIMONIALES

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

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, en relación con las póliza que atañe 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.

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

- 1.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 260 0000013977, el cobro de las primas 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 se causa el cobro de las primas durante la vigencia del contrato de seguro y las propias particularidades frente al riesgo asumido 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

- 1.3. Solicito se sirva citar a la doctora María Camila Agudelo Ortiz, asesora externa de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 260 0000013977. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, etc., del contrato de seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en la Calle 13 N° 10 -22 apt. 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico camilaortiz27@gmail.com.

5. 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 **AL ACCIONANTE DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa del señor **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** desde el año 2000 al 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza objeto de litigio, así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia,

dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

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

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.098.627.306 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral emitidos por la Dirección de Sanidad Militar y que sean anteriores al año 2024.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** 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.

la **Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar** puede ser notificada al correo electrónico disanateus@buzonejercito.mil.co

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

- Copia de las actas de las Juntas Médico Laborales del señor **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.098.627.306

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** 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.

El Ministerio de Defensa Nacional de Colombia puede ser notificado al correo electrónico atencionalciudadano@cgfm.mil.co y procesosordinarios@mindefensa.gov.co

6. PRUEBAS DE OFICIO

- 6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora señor Diego Fernando Suarez Escamilla quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 1.098.627.306 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025. Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, fue quien confirmó la calificación de pérdida de capacidad labora, por lo que almacena la información médica del señor Diego Fernando Suarez Escamilla. El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Diego Fernando Suarez Escamilla 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 disan.juridica@buzonejercito.mil.co o a la dirección carrera 7 No 52-48, Bogotá.

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.098.627.306 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral emitidos por la Dirección de Sanidad Militar y que sean anteriores al año 2024.

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

la **Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar** puede ser notificada al correo electrónico disanateus@buzonejercito.mil.co

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

- Copia de las actas de las Juntas Médico Laborales del señor **DIEGO FERNANDO SUAREZ ESCAMILLA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.098.627.306

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

El **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia** puede ser notificado al correo electrónico atencionalciudadano@cgfm.mil.co y procesosordinarios@mindefensa.gov.co

7. 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 había sido diagnosticado antes del mes de junio de 2021 con Hipoacusias, Trastornos Internos de la Rodilla de larga data, Lumbago y Tendinitis Rotuliana, Diagnóstico de HTA (hipertensión arterial) y antecedente de Leishmaniasis Cutánea, entre otras condiciones médicas, (ii) que de haber conocido BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.,

las patologías del señor Diego Fernando Suarez Escamilla. 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 la asegurada 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 (Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad 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.

VI. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder especial otorgado por BBVA Seguros De Vida Colombia S.A.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia

VII. NOTIFICACIONES

El señor Diego Fernando Suarez Escamilla y su apoderado podrán ser notificadas en la Calle 44B No. 59-65 B/ La Esmeralda, correo electrónico gtovar1984@live.com o al celular 3162588214.

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.