

Señores

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

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
DEMANDANTE¹: ARLEY SUAREZ CERQUERA
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BBVA COLOMBIA S.A.
RADICADO: 2025013482
EXPEDIENTE: 2025-2039

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que se anexa, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, identificada con NIT No. 800.240.882-0. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA en contra de mi procurada, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se

1gtovar1984@live.com

trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con obligaciones crediticias y desligada de la sociedad BBVA SEGUROS, pues esta ostenta NIT 800.226.098-4 y razón social distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. identificada con NIT No. 800.240.882-0, por lo que no me consta lo relacionado con seguro adquirido con aquella aseguradora.

Respecto de la contratación de una Póliza de seguro por mi representada para amparar una obligación crediticia No. **9692 contratada por ARLEY SUAREZ CERQUERA con el BANCO BBVA. es cierto, pues, la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000020774, certificado No. 0013-0158-61-4020044891 fue formalizada el 21 de diciembre de 2021 por el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA con mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar la obligación crediticia No. **9692 contratada por él con el BANCO BBVA.

Pese a lo anterior, desde este momento la Delegatura deberá tener en consideración que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA para la fecha de la solicitud de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores, el 03 de diciembre de 2021, no informó de la existencia de dos calificaciones previas una de la Junta Médica Laboral No. 25319 de fecha 26 de junio de 2008 con pérdida de capacidad laboral del 20,81%, y la otra Junta Médica Laboral No. 101396 de fecha 25 de mayo de 2018 con pérdida de capacidad laboral del 7,12% adicional. Además, omitió informar de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, Lesión columna cervical, Desprendimiento de astilla de hueso e Hipoacusia trauma acústico, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron a su nueva calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 26,94% el 11 de julio de 2024, para un total de 54,87%, que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Pues, el asegurado es quien tiene la obligación de informar el estado real del riesgo que se pretende asegurar.

FRENTE AL HECHO 2: Es cierto en cuanto a la fecha del acta de junta médica laboral No. 223820.

Sin embargo, lo primero que debe tener en consideración la Delegatura es que de los soportes aportados con la demanda se identifica que para el año 2008 y 2018 (años antes de la solicitud de la póliza vinculada a este litigio-3 de diciembre de 2021-), el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA ya había sido calificado dos veces con una disminución de su capacidad laboral del 20,81 % y 7,12%, respectivamente. De manera que, para la fecha de la solicitud del seguro (3 de diciembre de 2021) el asegurado ya contaba previamente con una pérdida de capacidad laboral total de 27,93%, la cual fue omitida y no comunicada a mi representada, y posteriormente se le incrementó luego de formalizado el seguro, tal como se observa en el acta de junta médica laboral No. 223820 del 11 de julio de 2024, pues la calificación incrementó en un 26,94%, para un total de Pérdida de Capacidad Laboral del 54,87%. Por lo tanto, es evidente que los padecimientos que originan dichos Dictámenes eran conocidos por el demandante desde antes de la contratación del seguro, que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello las pólizas deberán ser declaradas nulas en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 3: Es cierta la fecha. Sin embargo, no es cierto que en este asunto se encuentren acreditados los presupuestos del artículo 1077 del Código de Comercio. Ya que es claro que se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Adicionalmente, la gravedad del asunto es que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA omitió informar la realidad de su estado de salud. Es decir, tenía la obligación de informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que mi mandante estaba 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. Y, 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. Configurándose la nulidad relativa del contrato, consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por último, es importante aclarar que incluso no es necesario que existe una causalidad para la declaratoria de la nulidad por reticencia, dado que, la sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que (sus dos pérdidas de capacidad laboral emitidas en 2008 y 2018), de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

FRENTE AL HECHO 4: Es cierto, que mi representada, BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., el 20 de noviembre de 2024, emitió objeción frente a la reclamación realizada relacionada con la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000020774. Solicitud de indemnización que fue objetada a causa de la omisión en la declaratoria de asegurabilidad de sus antecedentes médicos, hecho que repercute en la declaratoria de nulidad relativa del contrato.

Por ello, la delegatura podrá concluir de forma clara que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA para la fecha de contratación de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000020774 el 03 de diciembre de 2021, no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, Lesión columna cervical, Desprendimiento de astilla de hueso e Hipoacusia trauma acústico, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 54,87%, pues ya había sido calificado en dos oportunidades anteriores a la solicitud del seguro en el 2008 y 2018, circunstancias que de haber sido conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia comercial de omitir esa información. Por ello la

póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA debe ser declarado nulo, en los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia en la que incurrió en el momento de contratar el seguro.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1: ME OPONGO a la pretensión, en tanto, el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. para la fecha de la solicitud de la Póliza seguro de vida Grupo Deudores, el 03 de diciembre de 2021, no informó de la existencia de dos calificaciones previas una de la Junta Médica Laboral No. 25319 de fecha 26 de junio de 2008 con pérdida de capacidad laboral del 20,81%, y la otra Junta Médica Laboral No. 101396 de fecha 25 de mayo de 2018 con pérdida de capacidad laboral del 7,12% adicional, además omitió informar de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, Lesión columna cervical, Desprendimiento de astilla de hueso e Hipoacusia trauma acústico, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron a su nueva calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 26,94% el 11 de julio de 2024, para un total de 54,87%, que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia comercial de omitir esa información. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de su solicitud, fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral del año 2024. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las dos calificaciones previas de disminución de su capacidad laboral así como de las patologías antes enunciadas, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo

menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por ende, emerge con claridad que se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Por otro lado, teniendo en cuenta que, en una póliza de Seguro Vida Grupo Deudor, se asegura el saldo insoluto de la obligación crediticia y se entregase al beneficiario oneroso que para el caso es el BANCO BBVA, al ser un saldo que varía conforme el transcurso del tiempo, por ende, el valor asegurado de la póliza obedecería al saldo insoluto a la fecha de verificación del mismo en la entidad financiera y no es el indicado en esta pretensión. Sin embargo, no hay lugar a dar cumplimiento o pago al beneficiario oneroso de la póliza contratada pues ella está viciada de nulidad.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a esta pretensión, como quiera que es consecuencial a la anterior, la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo conocido con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Entones, el contrato está viciado de nulidad y le es aplicable el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo que significa que no podrá nacer la obligación indemnizatoria, pero sobre todo condicional de mi representada. Lo anterior se traduce en que no es posible hablar de una condena por intereses moratorios del artículo 1080 del C.Co. porque hasta la fecha no existe obligación que se encuentre insatisfecha y que torne procedente una condena por intereses moratorios.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO, a esta pretensión, como quiera que es consecuencial a las anteriores, me opongo a la condena en costas, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en costas para la parte demandante.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 4: ME OPONGO, a la condena en agencias en derecho, por

sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DENOMINADO “CUANTÍA”

Antes de presentar la objeción al juramento estimatorio de la acción, es importante que la Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que en la misma no existe un acápite de esta naturaleza. La parte accionante se limita a enunciar el valor de sus pretensiones dentro del título de la acción que se denomina “Cuantía”, sin seguir las formalidades que la ley y la jurisprudencia fijan en el momento de presentar el ya dicho, juramento estimatorio. No obstante, si el honorable delegado considera que lo establecido en la cuantía de la demanda sí representa un juramento estimatorio, me permito oponerme de manera respetuosa a lo predicado en el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso por las siguientes razones:

En primer lugar, no puede obviarse que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que él conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros siendo supremamente relevantes para el Asegurador. Máxime cuando ya había sido calificado en dos oportunidades anteriores en el año 2008 y el año 2018, por lo que no puede ignorarse que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA ya conocía de sus antecedentes y ya tenía disminuida su capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de esos antecedentes y de su Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, Lesión columna cervical, Desprendimiento de astilla de hueso e Hipoacusia trauma acústico, se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, bastará con evidenciar la historia clínica

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 su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

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

Es fundamental que desde ahora la Delegatura tome en consideración que el asegurado, el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó para la fecha de la solicitud de la Póliza seguro de vida Grupo Deudores, el 03 de diciembre de 2021, de la existencia de dos calificaciones previas, una de la Junta Médica Laboral No. 25319 de fecha 26 de junio de 2008 con pérdida de capacidad laboral del 20,81%, y la otra Junta Médica Laboral No. 101396 de fecha 25 de mayo de 2018 con pérdida de capacidad laboral del 7,12% adicional. Además omitió informar de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, Lesión columna cervical, Desprendimiento de astilla de hueso e Hipoacusia trauma acústico, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron a su nueva calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 26,94% el 11 de julio de 2024, para un total de 54,87%, todo ello lo padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral dictaminada en el año 2024, que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o por lo menos,

la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia” .² (Subrayado fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos e incluso contando con dos calificaciones previas del año 2008 y 2018, negó todo ello en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado

² BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. 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 el 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 la asegurado omitió

informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la Aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

En los casos de contrato 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 el contrato 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 asegurado 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 también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción

ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, 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***

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.

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.”

⁴(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 Código de Comercio, 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

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023- 1996-02422-01

*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.*⁵ (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 Código de Comercio. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contrato 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*

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

*clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.***

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguros, 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 seguros 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 el 3 de diciembre de 2021, fecha en la cual el asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad) con preguntas redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 03 de diciembre de 2021, fecha en la que diligenció la declaratoria de asegurabilidad y allí negó la existencia de su disminución de capacidad laboral ya dictaminada en el año 2008 y 2018 y así mismo negó todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas			
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	1,75	cms	Peso
			79
			Kg
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopata?		Si	No
¿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:			

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02
260 0000020774

Se transcribe y se subrayan las preguntas relacionadas con los antecedentes médicos del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA el 03 de diciembre de 2021:

Transcripción esencial:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(...)

- *¿HA PADECIDO O ESTA EN TRATAMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD RELACIONADA CON: INFARTO AL MIOCARDIO, ENFERMEDAD CORONARIA, TROMBOSIS O ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, EPOC, ASMA, DIABETES, HIPERTENSION, DISFONIA, ¿DISCOPATIA?* (NO)
- *¿PRESENTA O HA PRESENTADO CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE?* (NO)
- *¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA?* (NO)
- *¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL?* (NO)

- ¿SUFRE O A SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE? (NO)

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración 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 del aseguramiento, debido a que el asegurado tenía una calificación de la Junta Médica Laboral No. 25319 de fecha 26 de junio de 2008 con pérdida de capacidad laboral del 20,81%, y otra segunda calificación de la Junta Médica Laboral No. 101396 de fecha 25 de mayo de 2018 con pérdida de capacidad laboral del 7,12% adicional. Además omitió informar de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, Lesión columna cervical, Desprendimiento de astilla de hueso e Hipoacusia trauma acústico, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron a su nueva calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 26,94% el 11 de julio de 2024, para un total de 54,87%, todo ello lo padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral dictaminada en el año 2024, que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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

es decir, a pesar de que el señor Suárez Cerquera tenía sendos padecimientos de salud con anterioridad al 3 de diciembre de 2021 omitió ponerlos de presente. Además, como se demostrará en el curso del proceso mediante la prueba que se allegue mediante la expedición de oficios que se solicitará, el señor ya tenía esas dolencias que omitió declarar. Así entonces, veremos cómo los diagnósticos que se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral eran anteriores a la fecha de perfeccionamiento de la Póliza. En el Acta de Junta Médica Laboral No. 223820 para efectuar el cálculo del porcentaje de final de calificación, se consideran entonces las enfermedades tal como se aprecia a continuación:

A- DIAGNOSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

1) HIPERTENSIÓN ARTERIAL VALORADA Y TRATADA POR LOS SERVICIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD OCUPACIONAL CON RESULTADO DE MAPA DE JUNIO DE 2023 SIN COMPROMISO DE ORGANOS BALNCO CONTROLADA

2) SINDROME DE APNEA E HIPONEA DEL SUEÑO DOCUMENTADO POR POLISOMNOGRAFIA DE FECHA JULIO DE 2023 CON UN INDICE DE APNEA/HIPONEA 18.9/HORA TRATADO CON DISPOSITIVO CPAP CON POLISOMNOGRAFIA DE NOVIEMBRE DE 2023 CON TITULACION DE CPAP. QUE CORRIGE EVENTOS RESPIRATORIOS A 12 CMS DE AGUA VALORADO Y TRATADO POR LOS SERVICIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD OCUPACIONAL EN EL MOMENTO CONTROLADO

3) SOSPECHA DE GLAUCOMA VALORADO Y TRATADO POR LOS SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA VALORACION DE OPTOMETRIA DE FICHA MEDICA Y SALUD OCUPACIONAL CON RESULTADO DE OCT NERVIÓ OPTICO DE FECHA 11/07/23 QUE MUESTRA EXCAVACION 0.5/0.5 COMPLEJO GANGLIONAR CONSERVADO Y REPORTE DE CAMPO VISUAL CON ESCOTOMAS AISLADOS NO SUGESTIVOS DE DAÑO POR GLAUCOMA POR DEFECTO REFRACTIVO CON AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION 20/20 AMBOS OJOS ESTABLE

4) OSTEOCONDROSIS C5-C6, C6-C7 MAS PEQUEÑA PROTRUSION PARAMEDIAL DERECHO EN C5/C6 Y MINIMO CENTRAL C6/C7 MAS RECTIFICACION CERVICAL ESPASMO MUSCULAR CRONICO DOCUMENTADO EN RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL DE FECHA 02/05/2022 VALORADO Y TRATADO POR LOS SERVICIOS DE ORTOPEdia Y SALUD OCUPACIONAL QUE DEJA COMO SECUELA A) CERVICALGIA

5) TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO MAS PINZAMIENTO SUBACROMIOCLAVICULAR ASOCIADOS A BURSTITIS SUBACROMIAL MAS TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO Y TENDINITIS DEL TENDON LARGO DEL BICEPS DOCUMENTADO EN RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO DE FECHA 30/04/2024 SIN LESIONES DEGENERATIVAS NI ESTRUCTURALES DE LA ARTICULACION VALORADO Y TRATADO POR EL SERVICIO DE ORTOPEdia Y SALUD OCUPACIONAL SUSCETIBLE DE MANEJO MEDICO

TC. SUAREZ CERQUERA ARLEY JM No 223820 FECHA: 11 DE JULIO DE 2024 UNIDAD: ESCUELA DE POLICIA MILITAR

8

6) SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO DE LAS MANOS DEL TERRITORIO CUBITAL BILATERAL SEGUN CONCEPTO MEDICO VALORADO Y TRATADO POR LOS SERVICIOS DE ORTOPEdia Y SALUD OCUPACIONAL DESCARTADO CON REPORTE DE ELECTROMIOGRAFIA MAS NEUROCONDUCCIONES DE MIEMBROS SUPERIORES DE FECHA 01/ABRIL/2024 RESULTADO ESTUDIO NORMAL NEGATIVO PARA NEUROPATIA DISTAL POLINEUROPATIA O ENFERMEDAD INTRINSECA DE FIBRA MUSCULAR ESTABLE

7) HALLAZGOS DE ENGROSAMIENTO DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL SIN SIGNOS DE RUPTURA MAS INFLAMACION DE LA GRASA SUPRAPATELAR ASOCIADO A PINZAMIENTO SUPRAPATELAR CON CONDOMALACIA Y MENISCO PATIA SEGUN CONCEPTO MEDICO VALORADO Y TRATADO POR LOS SERVICIOS DE ORTOPEdia Y SALUD OCUPACIONAL CON IMAGEN DIAGNOSTICA QUE DOCUMENTA DAÑO ESTRUCTURAL DE LA ARTICULACION SEGUN RESULTADO DE RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA DERECHA DE FECHA 06/04/2024 QUE DESCRIBE CONDOMALACIA DEGENERATIVA DE LA ROTULA POR LESION DEL CARTILAGO A NIVEL DE LA SUPERFICIE ARTICULAR Y DEJA COMO SECUELA A) GONALGIA DERECHA

8) DISCOLPATIA L5-S1 POR DESHIDRATACION DISCAL L5-S1 ASOCIADO A MIALGIA PARAVERTEBRAL LUMBAR DERECHA VALORADO Y TRATADO POR LOS SERVICIOS DE ORTOPEdia Y SALUD OCUPACIONAL CON RESULTADO DE RESONANCIA MAGNETICA DE FECHA 30/04/2024 QUE DEJA COMO SECUELA A) LUMBALGIA MECANICA

NÚMERO	SECUELA	IMPUTABILIDAD	INDICES	PORCENTAJE
1-A	5-033	Literal A	4	6.85%
2-A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%
3-A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%
4-A	1-042	Literal A	2	5.22%
5-A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%
6-A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESIÓN	Literal N	0	0%
7-A	1-191	Literal A	7	9.3%
8-A	1-062	Literal B	5	5.58%
9-A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%
10-A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESIÓN	Literal N	0	0%

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral/Acta de Junta Médica Laboral No. 223820

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

1. Hipertensión arterial.
2. Cervicalgia.
3. Gonalgia derecha.
4. Lumbalgia mecánica.

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 3 de diciembre de 2021, fecha en la que se perfeccionó la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor No. 022600000020774, veamos:

- **PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PREVIA 2008 DEL 20,81%**

El señor ARLEY SUAREZ CERQUERA ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral de 20,81% para el 26 de junio de 2008 producto de antecedentes médicos. Tal como se evidencia a continuación:

III. ANTECEDENTES:
A. Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

- Se le practicó Junta Médica Laboral SI X NO ____

JUNTA MEDICA No. 25319 DE FECHA 26 DE JUNIO DE 2008 CON DCL (20.81%)

DE INSTRUCCION, CON ACCESO A SERVICIOS DE NIVEL DE COMPLEJIDAD MEDIANA

C- Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL VEINTISÉIS PUNTO NOVENTA Y CUATRO POR CIENTO (26.94%) DEL (72.07%) RESTANTE YA QUE TIENE JML ANTERIOR No. 25319 DE FECHA 26 DE JUNIO DE 2008 CON DCL (20.81%) JUNTA MEDICA No. 101396 DE FECHA 25 DE MAYO DE 2018 CON DCL (7.12%) Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (54.87%).

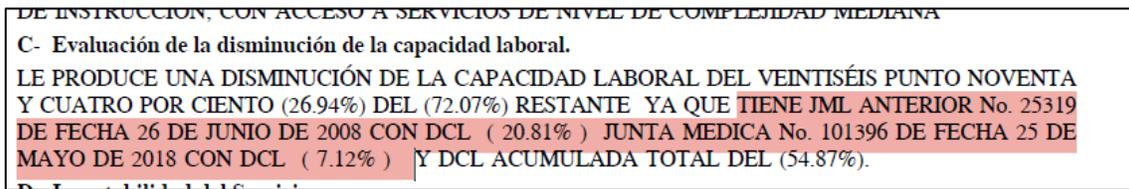
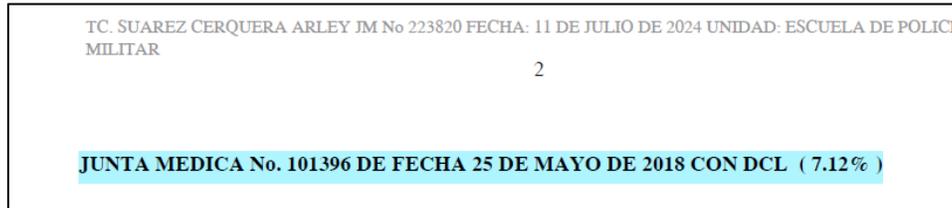
Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral/Acta de Junta Médica Laboral No. 223820

Este dictamen es previo a la solicitud de su aseguramiento el 03 de diciembre de 2021 y, en consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de su pérdida de capacidad laboral de las enfermedades que las constituyeron, repercuten en un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PREVIA 2018 DEL 7,12%**

El señor ARLEY SUAREZ CERQUERA ya había sido calificado con una pérdida de capacidad

laboral del 7,12% para el 25 de mayo de 2018, de disminución de su capacidad laboral producto de antecedentes médicos. Tal como se evidencia a continuación:



Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral/Acta de Junta Médica Laboral No. 223820

Este dictamen es previo a la solicitud de su aseguramiento el 03 de diciembre de 2021 y, en consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de su pérdida de capacidad laboral de las enfermedades que las constituyeron, repercuten en un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

De conocer estos dos dictámenes, los cuales ya existían para el 3 de diciembre de 202 cuando el señor ARLEY SUAREZ CERQUERO contrataba la póliza, la aseguradora no hubiese expedido una póliza amparando una Incapacidad total permanente superior al 50% pues era un riesgo inminente al faltar menos de un 22,07% para que se concretase, pues ambos sumaban un total de 27,93%. Situación que vició el consentimiento de mi mandante.

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **CERVICALGIA**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **GONALGIA DERECHA**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **LUMBALGIA MECÁNICA**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA

este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **LESIÓN COLUMNA CERVICAL**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **DESPRENDIMIENTO DE ASTILLA DE HUESO**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **HIPOACUSIA TRAUMA ACÚSTICO**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a

dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En consonancia con lo referido, el Despacho deberá advertir entonces que, en la historia clínica del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA, se identificarán como antecedentes y de antaño conocidas por historial médico que, este paciente sufría de varias enfermedades prolongadas en el tiempo. Diagnósticos de suma importancia para ser comunicados a la aseguradora, tan relevantes que fueron las que influyeron en gran porcentaje al resultado de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA ya contaba con dos dictámenes de pérdida de capacidad laboral previas a fechas de 2008 y 2018, que no comunicó en la declaratoria de asegurabilidad del 3 de diciembre de 2021, **(ii)** tenía una serie de patologías: Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, conocidos y presentes con anterioridad a la suscripción del seguro, y **(iii)** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, pues dentro de las deficiencias que permitieron que el ente calificador fijara índices para determinar el porcentaje final de pérdida de capacidad laboral del año 2024 incluyó la disminución del 27,93% de los años 2008 y 2018, e incluyó padecimientos de salud conocidos antes del 3 de diciembre de 2021 por el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA situaciones que no fueron declaradas antes de solicitar su aseguramiento. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

En otras palabras, se entrará a demostrar que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, padecía y conocía de la existencia de dos calificaciones previas que disminuían su capacidad laboral así como de sus enfermedades de Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, Lesión columna cervical, Desprendimiento de astilla de hueso e Hipoacusia trauma acústico. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario, varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente. Se reitera, de haber sido comunicadas a la aseguradora esta se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recordar que algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad contenían la enfermedad de hipertensión arterial, discopatía, e incluso la mención de incapacidad física y aparte un espacio disponible para relatar

condiciones no cuestionadas que influyesen en el estado del riesgo a asegurar, pero el asegurado decidió callar y este debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó contribuyeron como causa en mayor medida al resultado de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las dos calificaciones previas que disminuían su capacidad laboral en un 27,93%. Así como de sus enfermedades de Hipertensión arterial, Cervicalgia, Gonalgia derecha, Lumbalgia mecánica, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

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

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DEL 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 sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una

obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos 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 éstas 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”.

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. Es más, en una reciente providencia, 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 jurídico⁶.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁷. 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

⁶ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

⁷ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

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 conocer⁸." (Subrayado fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)⁹

Es decir, en los pronunciamientos más recientes 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

⁸ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreño Pérez.

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 Gutiérrez¹⁰, 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,

¹⁰ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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)

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”¹¹ (subrayado fuera del texto original).

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

¹¹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con

la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede interpretarse hacer distingos, 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)".¹²*

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 Gutiérrez¹³, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

"Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

¹³ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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».” (Subrayas fuera del texto original).

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 contrato como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente

*en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado fuera del texto original)*

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 celebrarlos, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dichos contrato sean declarados nulos por el juez competente.

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

4. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia 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 ARLEY SUAREZ CERQUERA fue reticente debido en el momento del perfeccionamiento de su seguro, esto es, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus calificaciones previas de pérdida de capacidad laboral así como de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, 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. FALTA DE COBERTURA MATERIAL AL TRATARSE DE UN DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EMITIDO POR UNA ENTIDAD QUE NO SE ENCUENTRA HABILITADA EN LOS TÉRMINOS DE LA PÓLIZA.

Sin perjuicio de la reticencia del asegurado, es necesario indicar que si bien entre el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA y mi representada se suscribió una Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores bajo el No. 02 260 0000020774 a fin de asegurar su vida y su incapacidad total y permanente, dentro de dicho aseguramiento se contempla las condiciones particulares y generales que deben atenderse a fin de definir cualquier obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. En este orden de ideas, quedó demostrado que la incapacidad total y permanente del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA fue declarada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL, entidad no autorizada en la póliza para definir una pérdida de capacidad laboral que sea cubierta por este seguro, por ende, en esta medida no existe obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del C.Co., podrá a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio el cual reza:

ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, ha mencionado:

“reiteró esta Corporación la necesidad de individualizar y determinar los riesgos que el asegurador toma sobre sí:

*<y que por lo tanto, en este campo rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas, “...El Art. 1056 del C de Com , en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado..”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio “que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional, **luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas***

que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida.....” (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar) (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ SC4574-2015 rad. n°. 11001-31-03-023-2007-00600-02)>>¹⁴. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.*

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 4527 -2020. Noviembre 23 de 2020

darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) ¹⁵“.
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que, en el caso de la ocurrencia de otro tipo de riesgos o bajo parámetros no previstos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo - causa sino a la relación riesgo - efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000020774, en sus condiciones generales señala:

15 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

Documento: Condicionado general de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260
0000020774

Así las cosas, debe tenerse en cuenta que i) el Dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral fue emitido por la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL y ii) de acuerdo con el riesgo asegurado solo se considerará como incapacidad total y permanente, cuando exista una calificación de pérdida de capacidad laboral, en firme, realizada por la EPS, LA ARL O LA AFP a la cual se encuentre afiliado o por la JUNTA DE REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. Siendo claro, que la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL no tiene las calidades de ninguna de las cinco autoridades habilitadas y previstas por

el asegurador como cubiertas en la realización del riesgo de una incapacidad total y permanente.

En conclusión, es cierto que la ley le confiere al asegurador la libertad de asumir determinados riesgos, luego si los eventos no se acreditan, lo cierto es que no es posible imponer obligación alguna. En esa medida está probado que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA fue calificado por la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL para determinar su pérdida de capacidad laboral y, en la asunción del riesgo realizada por la aseguradora que represente, la incapacidad total y permanente declarada por esta entidad no fue un riesgo que se hubiese asumido, por lo tanto, a la luz de las disposiciones del contrato de seguro no puede BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. responder por una obligación que no cobijó. El delegado con funciones jurisdiccionales no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro, pues las partes acordaron expresamente cubrir siempre que la calificación de pérdida de capacidad laboral, sea realizada por la EPS, LA ARL O LA AFP a la cual se encuentre afiliado o por la JUNTA DE REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. Hecho que no ocurre. En consecuencia, deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

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

6. PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

En el evento en el que la delegatura encuentre configurada la prescripción de la acción de protección al consumidor, al haber transcurrido más de un (1) año sin que se hubiese ejercido la acción, operando así lo consignado en la Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58. En la cual se fijó el procedimiento que debe seguir esta Superintendencia, cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor.

En el numeral tercero del nombrado artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, el legislador consagró que los consumidores tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para

interponer la referida acción so pena que opere el fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

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

(...)

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

Esta Superintendencia Financiera de Colombia en sentencia proferida el 17 de febrero de 2021, refirió con claridad que en los eventos en que el riesgo asegurado sea la muerte, el cómputo del término de prescripción de las acciones de protección al consumidor, deberá empezar a contar desde la fecha en que se haya tenido conocimiento. Así mismo, indicó que, acreditados los presupuestos para declarar la prescripción de la acción, resulta improcedente analizar de fondo las pretensiones propuestas. Se extrae:

“Así las cosas, téngase en cuenta que el artículo 1054 del Código de Comercio

reconoce como riesgo asegurable la muerte, y en este orden, dada la ocurrencia del siniestro el riesgo asegurable en este caso deja de existir y ante la ausencia de dicho elemento esencial el contrato de seguro se presenta la extinción del mismo

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

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

En conclusión, de determinarse que ha operado la prescripción de la acción de protección al consumidor en los términos del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, al haber transcurrido más de un año desde el hecho que da base a la acción hasta la fecha en que se presentó la demanda, la

delegatura deberá declararla como forma de extinción de la misma.

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

7. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la

presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...)), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”¹⁶ (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso 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

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

del hecho que da base a la 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 artículo 1081 del C.Co.

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

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, teniendo en cuenta lo contemplado en el artículo 282 del Código General del Proceso.

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

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

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

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

2. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha.

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

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDORES ES EL BANCO BBVA.

En este punto es preciso resaltarle al despacho que, en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. 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, ostenta la naturaleza de asegurado en las pólizas. 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 mutuo.¹⁷ (...)

Como se observa, las pólizas de seguro de vida deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. 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 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 aseguradora.¹⁸ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad

¹⁷ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

¹⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mi representada. Situación que debe ser tomada en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en las pólizas de seguro.

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1.** Declaratoria de asegurabilidad Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000020774
- 1.2.** Clausulado general Seguro Vida Deudor
- 1.3.** Respuesta Objeción de BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. del 20 de noviembre de 2024.
- 1.4.** Derecho de petición dirigido a la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL
- 1.5.** Constancia de radicación del Derecho de petición dirigido a la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL

La mayoría de los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

1. INTERROGATORIO DE PARTE

- 1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del señor **ARLEY SUAREZ CERQUERA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

El demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbelo.

2. DECLARACIÓN DE PARTE

- 2.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la póliza de seguro.

3. TESTIMONIALES

- 3.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor **ARLEY SUAREZ CERQUERA**. 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 mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber

tenido conocimiento acerca de las patologías del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

- 3.2. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA. 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 mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Historia Clínica desde 2005 hasta 2024
- El acta de Junta Médica Laboral No. 25319 de fecha 26 de junio de 2008 con pérdida de capacidad laboral del 20,81%
- El acta de Junta Médica Laboral No. 101396 de fecha 25 de mayo de 2018 con pérdida de capacidad laboral del 7,12%

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y las cuales eran previas al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró en su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder del accionante ya que fue quien recibió las atenciones médicas.

4.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL exhibir en la oportunidad procesal pertinente:

- Historia Clínica desde 2005 hasta 2024
- El acta de Junta Médica Laboral No. 25319 de fecha 26 de junio de 2008 con pérdida de capacidad laboral del 20,81%
- El acta de Junta Médica Laboral No. 101396 de fecha 25 de mayo de 2018 con

pérdida de capacidad laboral del 7,12%

- El acta de junta médica laboral No. 223820 de fecha 11 de julio de 2024 con pérdida de capacidad laboral del 26,94%

Estos documentos se encuentran en poder de la entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA entre los años referidos.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL puede ser notificada en disaneje@ejercito.mil.co y al disanateus@ejercito.mil.co

5. OFICIOS.

5.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL que remita en la oportunidad procesal pertinente:

- Historia Clínica desde 2005 hasta 2024
- El acta de Junta Médica Laboral No. 25319 de fecha 26 de junio de 2008 con pérdida de capacidad laboral del 20,81%
- El acta de Junta Médica Laboral No. 101396 de fecha 25 de mayo de 2018 con pérdida de capacidad laboral del 7,12%
- El acta de junta médica laboral No. 223820 de fecha 11 de julio de 2024 con pérdida de capacidad laboral del 26,94%

Estos documentos se encuentran en poder de la entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA entre los años referidos. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que pese a la solicitud realizada a la entidad vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado a que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor ARLEY SUAREZ CERQUERA, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL puede ser notificada en disaneje@ejercito.mil.co y al disanateus@ejercito.mil.co

6. DICTAMEN PERICIAL

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 dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA las patologías del señor ARLEY SUAREZ CERQUERA se hubiera retraído de otorgar el amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los

antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguros 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 la aseguradora, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en los mismos.

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 sea decretado, ya que 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 las entidades e instituciones prestadoras de 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.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al Despacho, proceder de conformidad.

VI. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder otorgado al suscrito.

3. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VII. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. VIDA S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C., correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

Al suscrito en la Carrera 11A No.94A-23 Of. 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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