Señores

JUZGADO VEINTICUATRO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

j24cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	VERBAL DE RCC
RADICADO:	680014003024-2024-01055-00
DEMANDANTE:	CARLOS ALBERTO MALDONADO ORTEGA
DEMANDADO:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTROS.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional Nº 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT. 800240882-2, representada legalmente por la Doctora DANIELA ALEJANDRA LOMBANA BURBANO, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por CARLOS ALBERTO MALDONADO ORTEGA en contra de BBA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., y otros anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I
SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del Código General del Proceso, y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad comedidamente se solicita al Despacho proferir sentencia anticipada debido a que se encuentra vastamente acreditada la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, en la medida en que el terminó de dos años inició a contar a partir de octubre de 2021, fecha en la cual fue calificado con un porcentaje de PCL superior la 50%, sin embargo este término fue interrumpido el 29 de abril de 2022, fecha en la que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, con la radicación de reclamó ante mi representada. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.

La norma aludida del Código General del Proceso, fija para el juzgador el deber de proferir sentencia anticipada, cuando se encuentre probada entre otras excepciones, la de prescripción, en los siguientes términos:

"ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.

Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.

2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.

*3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad**, la prescripción extintiva** y la carencia de legitimación en la causa. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, debido a que la demanda fue presentada con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, esto es el 29 de abril de 2022. De manera que, en el caso bajo estudio la Accionante contaba hasta el 29 de julio de 2024, teniendo en cuenta la suspensión que tuvo lugar con la conciliación, para promover el ejercicio de esta acción. No obstante, no fue sino hasta el 18 de diciembre de 2024 que la parte actora interpuso la demanda, por lo que es dable advertir que en el presente asunto operó la prescripción consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

CAPÍTULO II
CONTESTACIÓN A LA DEMANDA
I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO. Teniendo en cuenta que, se trata de varias manifestaciones procedo a indicar que:

I. No le consta a mi representada la fecha de suscripción del crédito con el Banco BBVA, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia SA no participó.

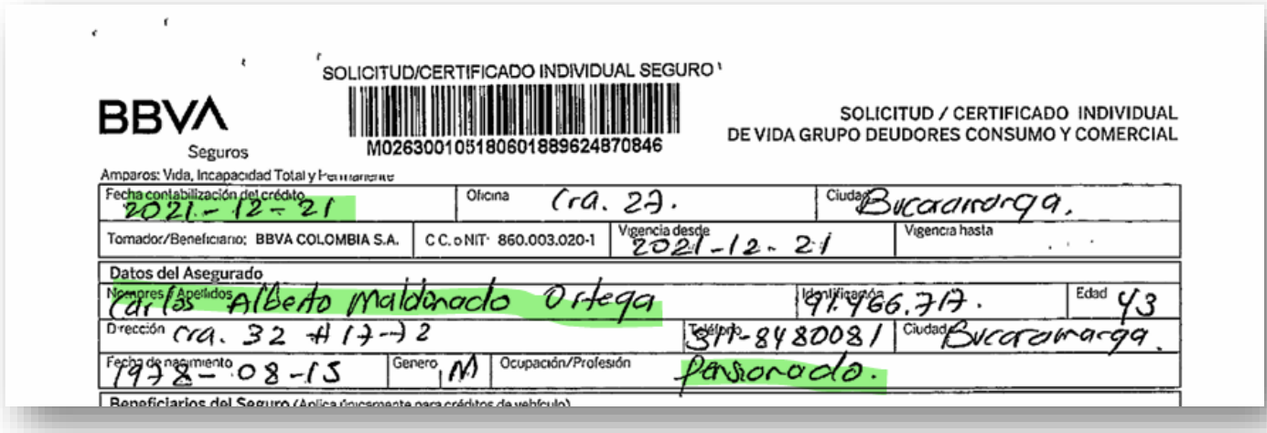
II. Si bien BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA expidió la póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000103013, en la cual se aseguró la obligación No. 0013-0158-60-9624870846, con el Banco BBVA. Lo cierto es que, desde este momento debe advertirse que se configuró la prescripción de las acciones del contrato de seguro; asimismo la póliza no podrá operar en tanto la invalidez del hoy demandante es fue un hecho cierto para la fecha de aseguramiento,

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

por lo que este seguro no producirá efectos conforme al artículo 1045 Cco. Y en tal virtud también se evidencia la falta de cobertura temporal del seguro: finalmente, y aún más importante se configuró la nulidad relativa del contrato, por cuanto el asegurado fue reticente en la declaración del riesgo. Todas estas razones implican que el seguro no podrá afectarse y sin duda deberán ser desestimadas las pretensiones de la demanda.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Teniendo en cuenta que, se trata de varias manifestaciones procedo a indicar que:

I. No es cierto que el señor Carlos Alberto Maldonado fuese militar activo, teniendo en cuenta que, de acuerdo a la declaración de asegurabilidad del 21 de diciembre de 2021, indicó que era pensionado.



SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

BBVA Seguros

M026300105180601889624870846

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito: 2021-12-21	Oficina: Cra. 27.	Ciudad: Bucaramanga.	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde: 2021-12-21	Vigencia hasta:

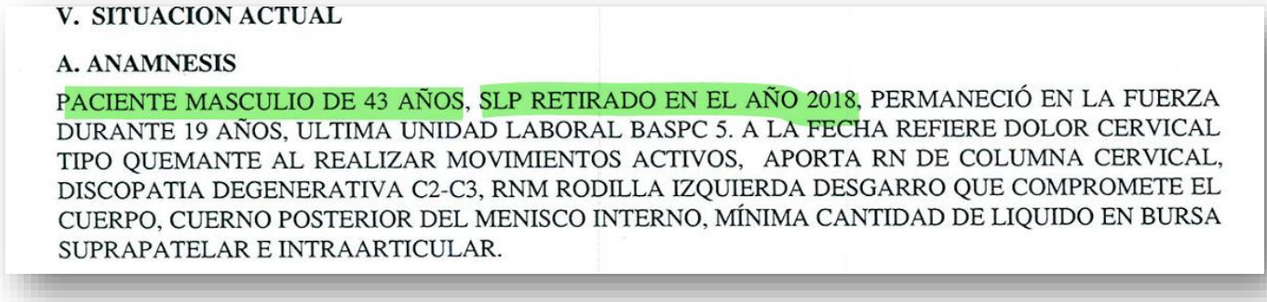
Datos del Asegurado

Nombres/Apellidos: Carlos Alberto Maldonado Ortega		Identificación: 91.466.717.	Edad: 43
Dirección: Cra. 32 #17-12	Teléfono: 311-8480081	Ciudad: Bucaramanga.	
Fecha de nacimiento: 1978-08-15	Genero: M	Ocupación/Profesión: pensionado.	

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)

(Imagen tomada de la declaración de asegurabilidad)

Aunado a ello, del acta de junta medica laboral No. 211332 del 13 de octubre, se puede evidenciar que el mismo, tenia la calidad de retirado, desde el año 2018.



V. SITUACION ACTUAL

A. ANAMNESIS

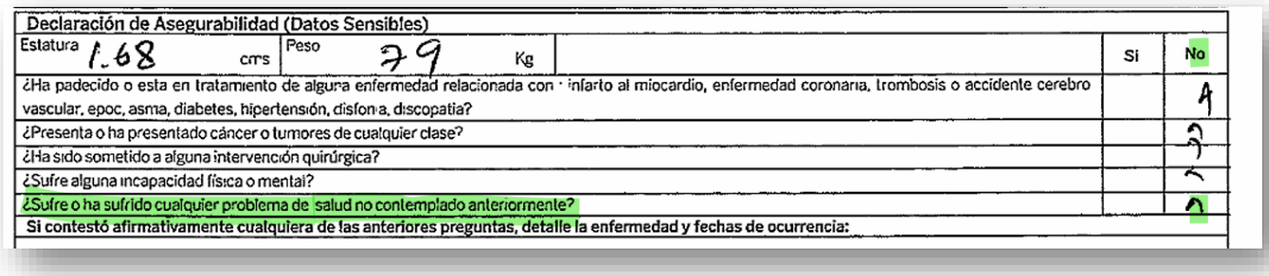
PACIENTE MASCULIO DE 43 AÑOS, SLP RETIRADO EN EL AÑO 2018, PERMANECIÓ EN LA FUERZA DURANTE 19 AÑOS, ULTIMA UNIDAD LABORAL BASPC 5. A LA FECHA REFIERE DOLOR CERVICAL TIPO QUEMANTE AL REALIZAR MOVIMIENTOS ACTIVOS, APORTA RN DE COLUMNA CERVICAL, DISCOPATIA DEGENERATIVA C2-C3, RNM RODILLA IZQUIERDA DESGARRO QUE COMPROMETE EL CUERPO, CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO INTERNO, MÍNIMA CANTIDAD DE LIQUIDO EN BURSA SUPRAPATELAR E INTRAARTICULAR.

(Imagen tomada del acta de junta medico laboral No. 211332 aportada con la demanda)

Por lo tanto, dicha afirmación es contraria a la realidad e induce al error al despacho, siendo esta una conducta constitutiva de mala fe.

II. Solicito muy amablemente a su honorable despacho, se tenga como confesa conforme al artículo 191 del CGP, la siguiente parte "*Mi representado era militar activo al momento de solicitar el crédito otorgado, y estaba en proceso de calificación de su discapacidad"* es decir,

en este hecho segundo de la demanda, el actor manifestó que al momento de solicitar el crédito se encontraba en proceso de calificación de su discapacidad. Lo cual indica que previó a la suscripción del seguro, conocía que presentaba algunas de sus patologías, sin embargo, no lo informó como se puede evidenciar en el formato de asegurabilidad.



Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura 1.68 cms	Peso 79 Kg	Si	No
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonia, discopatia?			A
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			A
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			A
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			A
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			A
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

(Imagen tomada de la declaración de asegurabilidad)

III. No le consta a mi representada lo indicado frente a lo informado al asesor, puesto que no se encuentra manifestación dentro de la declaración de asegurabilidad diligenciada por el señor Maldonado el 2 de diciembre de 2022.

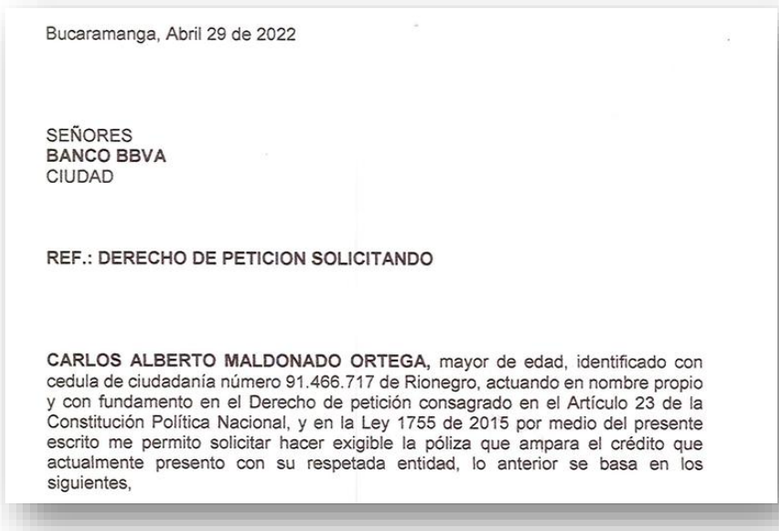
FRENTE AL HECHO TERCERO: No me consta a mi representada la circunstancia de tiempo modo y legar en las que le notificó el acta de la junta medico laboral definitiva No. 211332, teniendo en cuenta que no intervino en dicho trámite. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin. Sin perjuicio de ello, el dictamen del 13 de octubre de 2021, por lo que su invalidez se constituye como un hecho cierto, para la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO CUARTO: No es cierto, teniendo en cuenta que, tal y como lo refiere el mismo demandante en el hecho número 2, conocía con antelación que se encontraba en trámite de calificación de múltiples patologías, lo cual lleva a inferir que tenía conocimiento previo del dictamen del dictamen de 13 de octubre de 2021. Además independientemente de su notificación, lo cierto es que este dictamen fue emitido en octubre de 2021, por lo que su invalidez era un hecho cierto para la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro, por lo que el negocio aseguraticio no produce efectos conforme al artículo 1045 del C. Co.

FRENTE AL HECHO QUINTO:

no es cierto que se haya radicado el 12 de septiembre de 2022, teniendo en cuenta que la misma fue radicada el 4 de octubre de 2022. Siendo esta la segunda petición presentada. Como quiera que la primera fue de fecha 29 de abril de 2022.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075



Bucaramanga, Abril 29 de 2022

SEÑORES
BANCO BBVA
CIUDAD

REF.: DERECHO DE PETICION SOLICITANDO

CARLOS ALBERTO MALDONADO ORTEGA, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía número 91.466.717 de Rionegro, actuando en nombre propio y con fundamento en el Derecho de petición consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política Nacional, y en la Ley 1755 de 2015 por medio del presente escrito me permito solicitar hacer exigible la póliza que ampara el crédito que actualmente presento con su respetada entidad, lo anterior se basa en los siguientes,

Por lo cual será el 29 de abril de 2022, la fecha en la que se iniciará a correr el termino prescriptivo.

NOTA: Teniendo en cuenta que del escrito de subsanación se puede observa que existe una inconsistencia en la numeración de los hechos, se realizará el respectivo pronunciamiento, manteniendo la misma numeración que ha dispuesto el extremo actor.

FRENTE AL HECHO TERCERO (DEMANDA SUBSANADA): Teniendo en cuenta que se trata de varias manifestaciones procedo a referirme así:

I. Es cierto que mi representada, BBVA Seguros de Vida Colombia SA, respondió de manera negativa el reclamo presentado por el demandante, toda vez que como se expuso en líneas anteriores, el señor Carlos Alberto Maldonado, previo a la adquisición de la póliza de seguro conocía de las patologías que presentaba, junto con su condición de discapacidad de carácter permanente, lo que configura un hecho cierto, el cual es inasegurable y denota la falta de cobertura temporal de la póliza objeto de litis.

II. La respuesta dada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., no desconoce lo que realmente ocurrió, toda vez que como se demuestra incluso del escrito de la demanda, el señor Carlos Maldonado, conocía con antelación las patologías que presentaba, a tal punto que refiere que, a la fecha de solicitud del seguro, se encontraba a la en tramite de calificación de perdida de capacidad laboral. Aspecto se itera, no fue puesto en conocimiento por parte del demandante. Adicionalmente, es claro que. lo que configura un hecho cierto, el cual es inasegurable y denota la falta de cobertura temporal de la póliza objeto de litis.

III. . Además independientemente de su notificación, lo cierto es que este dictamen fue emitido en octubre de 2021, por lo que su invalidez era un hecho cierto para la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro, por lo que el negocio aseguraticio no produce efectos conforme al artículo 1045 del C. Co.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 4. Teniendo en cuenta que se trata de varias manifestaciones procedo a

referirme así:

I. No le consta a mi representada las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que el demandante solicitó el crédito al Banco BBVA Seguros, teniendo en cuenta que mi representada no intervino en dicho trámite.

II. No es cierto que, el banco haya suscrito la póliza con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. teniendo en cuenta que, quien realiza la solicitud para la expedición de la misma es el señor es el señor Carlos Maldonado, tal y como consta en la declaración de asegurabilidad.

III. .No le consta a mi represnetada el pago de las acreencias aludidas por el aquí demandante, como quiera que mi mandante no interviene de ninguna manera en tal acción.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 5. No le consta a mi representada, el trámite de notificación efectuado por parte de la Dirección de Sanidad del Ejercito, teniendo en cuenta que no tuvo ninguna injerencia en el mismo. Sin embargo, cabe mencionar que, el dictamen aludido por el demandante de fecha 13 de octubre de 2021, es anterior a la solicitud de asegurabilidad suscrita por el demandante y a la emisión de la póliza de seguro, por lo cual resalta su falta de cobertura temporal.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 6. No es un hecho, se trata de una apreciación de carácter subjetivo, carente de cualquier soporte probatorio. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin. Aunado a ello, es menester que este despacho tenga en consideración lo siguiente:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que inició a contar a partir del 29 de abril de 2021, fecha en la que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, con la radicación de reclamó ante mi representada. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.
-
- Hecho cierto no asegurable: De acuerdo con el arduo desarrollo jurisprudencial y legal que ha recaído sobre el ámbito asegurador, la Honorable Delegatura deberá tener en cuenta que el principio general del contrato de seguro es la aleatoriedad de la ocurrencia del hecho, por ende es totalmente cierto que los hechos ciertos no podrán ser asegurables, en cuanto en el presente caso la declaración de invalidez del asegurado fue previa a la suscripción de la póliza de seguro referenciada.
- Falta de cobertura temporal de la póliza: No podrá afectarse la póliza de seguro 02 262 0000103013, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 21 de diciembre de 2021, es decir previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, dado que el

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

señor Maldonado fue calificado el 13 de octubre de 2021. En dicho momento el Seguro Vida Grupo que se pretende afectar no se encontraba vigente.

- Nulidad del contrato se seguro: No podrá declararse que la Aseguradora Solidaria de Colombia vulneró algún derecho del señor Maldonado, puesto que el reseñado fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 50.66% que no fue informada. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que, vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

  En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la pérdida de capacidad laboral que decretaba la invalidez con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El del señor Maldonado debe declararse nulo, debido a que este negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando el riesgo ya se encontraba materializado.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 7. Teniendo en cuenta que se trata de varias manifestaciones procedo a referirme así:

I. Solicito muy respetuosamente al despacho, se tenga como confesa a la parte demandante, quien indica que, para la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad, se encontraba en tramite de calificación de perdida de capacidad laboral.

II. No es cierto que el demandante no haya conocido con anterioridad el resultado del dictamen de fecha 13 de octubre de 2021 con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad de diciembre de 2021, teniendo en cuenta que, incluso de su escrito de la demanda, señala que para dicha fecha se encontraba en tramite de calificación debido a las múltiples patologías sufridas, sin embargo, decide ocultarlas en a la hora de la suscripción del seguro, lo cual constituye de manera notoria actos de mala fe.

III. Adicionalmente, es importante señalar que el dictamen aludido por el demandante de fecha 13 de octubre de 2021, es anterior a la solicitud de asegurabilidad suscrita por el demandante y a la emisión de la póliza de seguro, por lo cual resalta su falta de cobertura temporal

FRENTE AL HECHO NÚMERO 8. No le consta a mi representada, la supuesta comunicación del 8 de septiembre de 2022, con radicado 2022338001928351, por lo que no puede dar fe de dicha apreciación, teniendo en cuenta que la misma ni siquiera es aportada con la demanda. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

El dictamen aludido por el demandante de fecha 13 de octubre de 2021, es anterior a la solicitud de

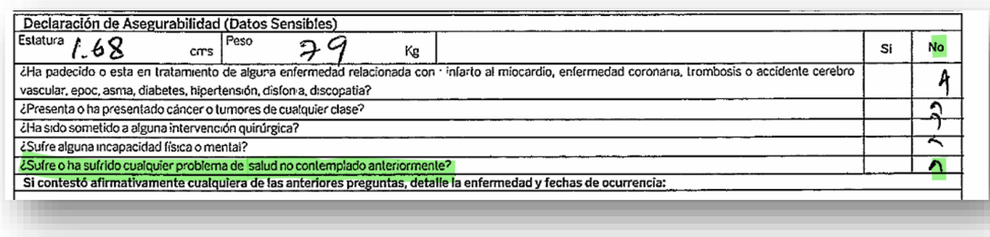
Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

asegurabilidad suscrita por el demandante y a la emisión de la póliza de seguro, por lo cual resalta su falta de cobertura temporal

FRENTE AL HECHO NÚMERO 9. En virtud de que en el presente hecho hay varias manifestaciones, por lo que procederé a pronunciarme en los siguientes términos:

- No le consta a mi representada, los elementos que tuvo en cuenta el Banco BBVA, para la concesión del crédito objeto del presente litigio.

- No es cierto que el demandante no haya actuado de mala fe, teniendo en cuenta que las pruebas allegadas al proceso y del escrito de la demanda se puede observar que, el señor Carlos Maldonado, conocía las múltiples patologías que presentaba, al punto de indicar que se encontraba en tramite de calificación de perdida de capacidad laboral, sin embargo dicha novedad no fue reportada dentro del formulario de declaración de asegurabilidad, configurando de manera notoria la mala fe, al ocultar las patologías que con anterioridad presentaba.



Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura 1.68 cms	Peso 79 Kg	Si	No
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonia, discopatia?			N
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			N
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			N
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			N
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			N
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

(Imagen tomada de la declaración de asegurabilidad)

FRENTE AL HECHO NÚMERO 10. No es cierto que el demandante haya actuado de buena fe, toda vez que se itera que, el demandante de manera mal intencionada ocultó de forma flagrante las patologías que presentaba, al momento de realizar la declaración de asegurabilidad, aun cuando el mismo las conocía, e incluso dentro del escrito de la presente demanda refiere que se encontraba en tramite de calificación de perdida de capacidad laboral.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Como quiera que al hacer la narración de los supuestos hechos se pretende hacer exigible el amparo de incapacidad total y permanente, en el caso de marras se configuró la prescripción y aunado a ello estamos ante un hecho cierto no asegurable y que además se constituye por fuera de la vigencia de la póliza. Además existe la inminente nulidad del contrato de seguro, producto de la reticencia del señor Carlos Alberto Maldonado, al realizar una declaración que falta a la verdad sobre las enfermedades padecidas entes de la etapa precontractual.

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable declarar incumplimiento a cargo de mi representada ni de exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que inició a contar a partir del 29 de abril de 2021, fecha en la que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, con la radicación de reclamó ante mi representada. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.

- Hecho cierto no asegurable: De acuerdo con el arduo desarrollo jurisprudencial y legal que ha recaído sobre el ámbito asegurador, el Despacho deberá tener en cuenta que el principio general del contrato de seguro es la aleatoriedad de la ocurrencia del hecho, por ende es totalmente cierto que los hechos ciertos no podrán ser asegurables, en cuanto en el presente caso la declaración de invalidez del asegurado fue previa a la suscripción de la póliza de seguro referenciada.

- Falta de cobertura temporal de la póliza: No podrá afectarse la póliza de seguro 02 262 0000103013, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 21 de diciembre de 2021, es decir previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, dado que el señor Maldonado fue calificado el 13 de octubre de 2021. En dicho momento el Seguro Vida Grupo que se pretende afectar no se encontraba vigente.

- Nulidad del contrato se seguro: No puede perderse de vista que el señor Carlos Alberto Maldonado, 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 el Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido sobre el proceso de calificación de perdida de capacidad laboral, en virtud de los siguientes diagnósticos: obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el acta de junta medico laboral No. 211332, emitida por la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que 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.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de Carlos Alberto Maldonado debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando su patología (obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral) y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión, porque si bien la notificación del dictamen fue en enero de 2024, el señor Maldonado ya conocía que estaba en un proceso de calificación, por lo que es claro que nos encontramos ante un hecho cierto para la fecha en la que solicitó su aseguramiento

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable declarar que debe afectarse el amparo de Incapacidad Total y Permanente y en tal sentido solicitar que se pague el saldo de la obligación al momento de la notificación del dictamen, este amparo conforme a la literalidad de su definición consignada en el clausulado opera únicamente si la invalidez se produce en la vigencia de la póliza, por lo que es erróneo solicitar que se pague a fecha de notificación del dictamen, como si el riesgo fuera la notificación del dictamen. Este despacho debe tener en consideración que este amparo cubre la Incapacidad Total y Permanente de sus asegurados, lo cual debe ocurrir dentro de los límites temporales de la póliza. Aunado a ello, esta póliza no podrá afectarse por las siguientes razones:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que inició a contar a partir del 29 de abril de 2021, fecha en la que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, con la radicación de reclamó ante mi representada. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.

- Hecho cierto no asegurable: De acuerdo con el arduo desarrollo jurisprudencial y legal que ha recaído sobre el ámbito asegurador, el Despacho deberá tener en cuenta que el principio general del contrato de seguro es la aleatoriedad de la ocurrencia del hecho, por ende es totalmente cierto que los hechos ciertos no podrán ser asegurables, en cuanto en el presente caso la declaración de invalidez del asegurado fue previa a la suscripción de la póliza de seguro referenciada.

- Falta de cobertura temporal de la póliza: No podrá afectarse la póliza de seguro 02 262

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

0000103013, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 21 de diciembre de 2021, es decir previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, dado que el señor Maldonado fue calificado el 13 de octubre de 2021. En dicho momento el Seguro Vida Grupo que se pretende afectar no se encontraba vigente.

- Nulidad del contrato se seguro: No puede perderse de vista que el señor Carlos Alberto Maldonado, 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 el Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido sobre el proceso de calificación de perdida de capacidad laboral, en virtud de los siguientes diagnósticos: obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el acta de junta medico laboral No. 211332, emitida por la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que 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.

  En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de Carlos Alberto Maldonado debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando su patología (obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral) y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable declarar que debe afectarse el amparo de Incapacidad Total y Permanente por la suma de $57.800.000 por las siguientes razones:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

siguientes a la fecha en que inició a contar a partir del 29 de abril de 2021, fecha en la que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, con la radicación de reclamó ante mi representada. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.

- Hecho cierto no asegurable: De acuerdo con el arduo desarrollo jurisprudencial y legal que ha recaído sobre el ámbito asegurador, el Despacho deberá tener en cuenta que el principio general del contrato de seguro es la aleatoriedad de la ocurrencia del hecho, por ende es totalmente cierto que los hechos ciertos no podrán ser asegurables, en cuanto en el presente caso la declaración de invalidez del asegurado fue previa a la suscripción de la póliza de seguro referenciada.

- Falta de cobertura temporal de la póliza: No podrá afectarse la póliza de seguro 02 262 0000103013, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 21 de diciembre de 2021, es decir previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, dado que el señor Maldonado fue calificado el 13 de octubre de 2021. En dicho momento el Seguro Vida Grupo que se pretende afectar no se encontraba vigente.

- Nulidad del contrato se seguro: No puede perderse de vista que el señor Carlos Alberto Maldonado, 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 el Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido sobre el proceso de calificación de perdida de capacidad laboral, en virtud de los siguientes diagnósticos: obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el acta de junta medico laboral No. 211332, emitida por la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que 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.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de Carlos Alberto Maldonado debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando su patología (obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral) y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable declarar que debe afectarse el amparo de Incapacidad Total y Permanente por la suma de $57.800.000 debido al cumplimiento de requisitos, pues como ya se ha mencionado nos encontramos ante un hecho cierto, el cual es inasegurable, además de la prescripción, falta de cobertura temporal y la nulidad relativa del contrato por la reticencia del asegurado. Aunado a ello, en esta pretensión se indica que el saldo debe cubrirse de la estructuración de la discapacidad lo cual es desacertado conforme al condicionado de este seguro. Además de lo anterior, esta póliza no podrá afectarse por las siguientes razones:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que inició a contar a partir del 29 de abril de 2021, fecha en la que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, con la radicación de reclamó ante mi representada. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.

- Hecho cierto no asegurable: De acuerdo con el arduo desarrollo jurisprudencial y legal que ha recaído sobre el ámbito asegurador, el Despacho deberá tener en cuenta que el principio general del contrato de seguro es la aleatoriedad de la ocurrencia del hecho, por ende es totalmente cierto que los hechos ciertos no podrán ser asegurables, en cuanto en el presente caso la declaración de invalidez del asegurado fue previa a la suscripción de la póliza de seguro referenciada.

- Falta de cobertura temporal de la póliza: No podrá afectarse la póliza de seguro 02 262 0000103013, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 21 de diciembre de 2021, es decir previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, dado que el señor Maldonado fue calificado el 13 de octubre de 2021. En dicho momento el Seguro Vida Grupo que se pretende afectar no se encontraba vigente.

- Nulidad del contrato se seguro: No puede perderse de vista que el señor Carlos Alberto Maldonado, 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 el Asegurado conocía sus enfermedades y

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido sobre el proceso de calificación de perdida de capacidad laboral, en virtud de los siguientes diagnósticos: obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el acta de junta medico laboral No. 211332, emitida por la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que 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.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de Carlos Alberto Maldonado debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando su patología (obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral) y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable declarar que debe retornarse suma alguna, puesto que:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que inició a contar a partir del 29 de abril de 2021, fecha en la que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, con la radicación de reclamó ante mi representada. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.

- Hecho cierto no asegurable: De acuerdo con el arduo desarrollo jurisprudencial y legal que ha recaído sobre el ámbito asegurador, el Despacho deberá tener en cuenta que el principio general del contrato de seguro es la aleatoriedad de la ocurrencia del hecho, por ende es totalmente cierto que los hechos ciertos no podrán ser asegurables, en cuanto en el presente caso la declaración

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

de invalidez del asegurado fue previa a la suscripción de la póliza de seguro referenciada.

- Falta de cobertura temporal de la póliza: No podrá afectarse la póliza de seguro 02 262 0000103013, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 21 de diciembre de 2021, es decir previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, dado que el señor Maldonado fue calificado el 13 de octubre de 2021. En dicho momento el Seguro Vida Grupo que se pretende afectar no se encontraba vigente.

- Nulidad del contrato se seguro: No puede perderse de vista que el señor Carlos Alberto Maldonado, 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 el Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido sobre el proceso de calificación de perdida de capacidad laboral, en virtud de los siguientes diagnósticos: obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el acta de junta medico laboral No. 211332, emitida por la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que 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.

  En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de Carlos Alberto Maldonado debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando su patología (obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral) y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

III. PRONUNCIAMIENTO AL ACÁPITE DENOMINADO “ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTIA”

Conforme lo dispone el Art. 206 del Código General del Proceso y sin que ello signifique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, respetuosamente presento objeción al Juramento

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

Estimatorio de la demanda por las siguientes razones:

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que inició a contar a partir del 29 de abril de 2021, fecha en la que el demandante interrumpió el termino prescriptivo, con la radicación de reclamó ante mi representada. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.

- Hecho cierto no asegurable: De acuerdo con el arduo desarrollo jurisprudencial y legal que ha recaído sobre el ámbito asegurador, el Despacho deberá tener en cuenta que el principio general del contrato de seguro es la aleatoriedad de la ocurrencia del hecho, por ende es totalmente cierto que los hechos ciertos no podrán ser asegurables, en cuanto en el presente caso la declaración de invalidez del asegurado fue previa a la suscripción de la póliza de seguro referenciada.

- Falta de cobertura temporal de la póliza: No podrá afectarse la póliza de seguro 02 262 0000103013, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 21 de diciembre de 2021, es decir previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, dado que el señor Maldonado fue calificado el 13 de octubre de 2021. En dicho momento el Seguro Vida Grupo que se pretende afectar no se encontraba vigente.

- Nulidad del contrato se seguro: No puede perderse de vista que el señor Carlos Alberto Maldonado, 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 el Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido sobre el proceso de calificación de perdida de capacidad laboral, en virtud de los siguientes diagnósticos: obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el acta de junta medico laboral No. 211332, emitida por la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que 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.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de Carlos Alberto Maldonado debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando su patología (obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral) y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. PRESCRIPIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

El Despacho debe tener en consideración que en este caso operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior por cuanto el término bienal inició su conteo desde octubre de 2021, fecha en la cual se calificó al asegurado, sin embargo el día 29 de abril de 2022, el demandante presentó reclamación para la afectación de la póliza, con la cual se interrumpió el termino prescriptivo, por lo que el término bienal culminaba el 29 de abril de 2024. Debe además tenerse en cuenta que, aun cuando el demandante suspendió dicho termino con la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial desde el 6 de febrero hasta el 3 de mayo de 2024, el fenómeno prescriptivo acaecería el 29 de julio de 2024, sin embargo, según la plataforma de consulta unificada de procesos, la radicación a la demanda se realizó el 18 de diciembre del mismo año, encontrando que la misma fue incoada de manera extemporánea.

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.*

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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

En cuanto a la interpretación de las expresiones "hecho que da base a la acción" y "momento en que nace el derecho" la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro[1]:

En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «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» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007[2].

...comportan 'una misma idea'[3], esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad 'El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea'". En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era "el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario", pues, como la Corte dijo en otra oportunidad[4], no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal "se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción 'empezará a correr' y no antes, ni después".

De conformidad con lo anterior no queda duda que el termino prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto indudablemente seria desde el 29 de abril de 2022, fecha en la cual el señor Carlos Maldonado, presentó reclamación ante mi prohijada. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezó a contar el termino de prescripción, es del 29 de abril de 2022 y que aquel corresponde al fenómeno ordinario, es decir de dos años. Para que no quede duda del término

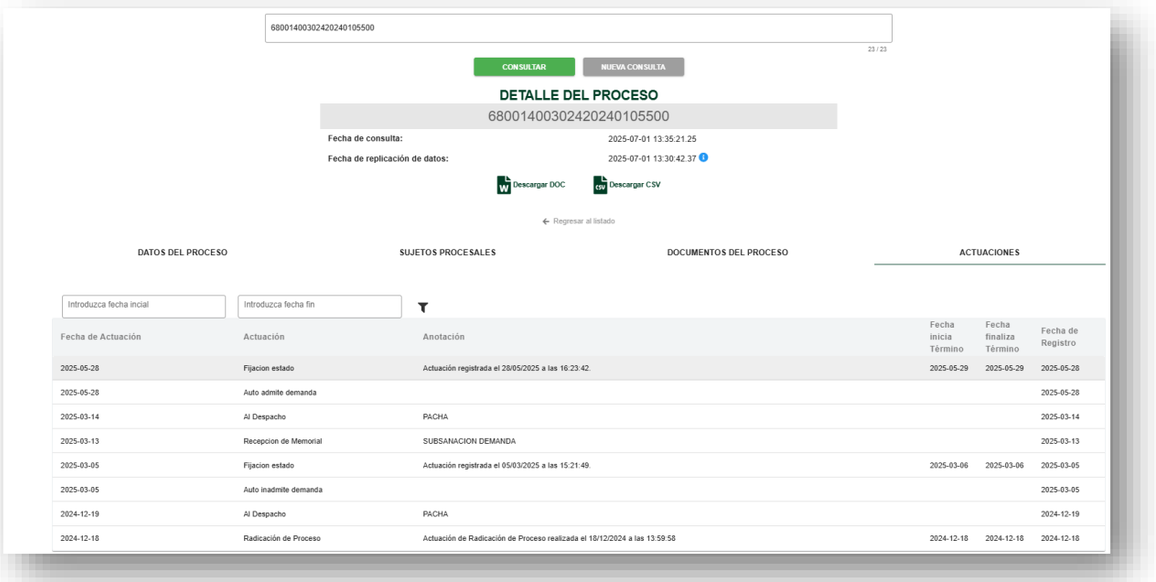
[1] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.
[2] Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.
[3] La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.
[4] Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201ª
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

> *"En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer "el hecho base de la acción" y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.*
> *(…)*
>
> *En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte."*

Por lo visto, se puede afirmar de manera pacífica que en este caso al señor Carlos Alberto Maldonado le es aplicable el término de prescripción ordinario, por ser el mismo asegurado y además completamente capaz quien persigue la prestación que de aquel negocio se pudiere derivar. Pero además el término bienal de prescripción empezó su conteo desde el 29 de abril de 2022 cuando presentó solicitud de indemnización con la cual se interrumpió el termino prescriptivo. Por lo tanto, contaba con dos años para formular su demanda y como no lo hizo sino hasta el 18 de diciembre de 2024.



Teniendo en cuenta lo previamente expuesto, se puede resumir lo aquí relatado de la siguiente manera:

- El día 29 de abril de 2022 se interrumpió el termino prescriptivo teniendo en cuenta la reclamación

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

presentada por el demandante.

- Con este primer hito temporal, preliminarmente se indica que el termino de dos años para presentar la demanda fenecería el 29 de abril de 2024, pero contando la suspensión de términos por el tramite conciliatorio el termino fenecería el 29 de julio de 2024.
- La demanda solo se presenta hasta el 18 de diciembre de 2024, es decir ya había transcurrido más de los dos años.

Por lo antes mencionado, no cabe duda de que desde cualquier arista en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro porque la parte demandante no interpuso su demanda dentro de los dos años siguientes a cuando incluso interrumpió el termino prescriptivo, es decir el 29 de abril de 2022.

En conclusión, teniendo en cuenta que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que interrumpió el termino prescriptivo del 29 de abril de 2022, en virtud del reclamo presentado por el demandante, tal y como lo refiere incluso en el escrito de la demanda, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces.

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

2. LOS HECHOS CIERTOS SON INASEGURABLES

El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que se encuentra patente el hecho cierto en la fuente del posible siniestro de la mentada póliza, dado que, el seguro vida grupo tenía como riesgo asegurado la Incapacidad Total y Permanente siempre y cuando ocurriera dos factores; el primero, el asegurado sea calificado dentro de la vigencia de la póliza, es decir dentro del periodo comprendido entre el día 21 de diciembre de 2021 y hasta su finalización; y, el segundo, que el evento generador de la pérdida de capacidad laboral se produzca dentro la vigencia ya mencionada, lo cual no ocurre en atención a que el señor Carlos Maldonado, fue calificado, el día 13 de octubre de 2021, tal y como constaste en el dictamen aportado con el escrito de la demanda.

Para los anteriores efectos es importante tener en consideración lo preceptuado en el artículo 1054 del Código de Comercio acerca de la definición del riesgo, a saber:

> *"ARTÍCULO 1054. <DEFINICIÓN DE RIESGO>. Denominase riesgo* ***el suceso incierto*** *que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento."*

Del artículo citado, es posible extraer que, el riesgo es definido como un suceso incierto, es decir, el cual

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

no se ha materializado y no se tiene conocimiento de su posible concreción, asimismo, el artículo 1045 indica que uno de los elementos esenciales del contrato de seguro es el riesgo asegurable, como a continuación es posible evidencia:

> *"ARTÍCULO 1045. <ELEMENTOS ESENCIALES>.* ***Son elementos esenciales del contrato de seguro:***
>
> *1) El interés asegurable;*
>
> ***2) El riesgo asegurable;***
>
> *3) La prima o precio del seguro, y*
>
> *4) La obligación condicional del asegurador.*
>
> *En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno."*

Por otra parte, es menester dejar expresamente consignado que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la compañía aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se explica que al suscribir el contrato aseguraticio respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes.

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. La Corte Suprema de Justicia 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

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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 darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (…)[5]". (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, de los apartados previamente citados es factible señalar que, para que proceda el amparo de ITP el asegurado debe ser calificada dentro de la vigencia de la póliza, y, el evento generador de la pérdida de capacidad laboral debe producirse dentro la vigencia ya mencionada. Para el caso bajo estudio, es claro que estamos frente a un hecho cierto, toda vez que al señor Carlos Maldonado ya le habían calificado una pérdida de capacidad laboral mayor al 50% de forma previa al seguro, por lo que es claro que, este presupuesto no podría ser asegurado por mi representada.

En conclusión, para el caso que hoy se encuentra bajo estudio, la calificación del día 13 de octubre de 2021, donde dictaminó la invalidez, total y permanente del señor Carlos Alberto Maldonado, ocurrido, cuando la póliza No. 02 262 0000103013 no se encontraba vigente, lo cual denota la presencia de un hecho cierto y siendo esto así es claro que, nos encontramos ante la ausencia de un elemento esencial del contrato, como lo es el riesgo asegurable, por cuanto el riesgo es un suceso incierto y ent al virtud el contrato de seguro vinculado a esta litis no produce efectos.

3. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA EN RAZÓN A QUE LA INVALIDEZ ES UN HECHO PREVIO A LA SUSCRIPCIÓN DE SEGURO.

La póliza 02 262 0000103013 no presta cobertura temporal toda vez que la responsabilidad de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA está delimitada estrictamente por el amparo que otorgó, como lo confirma el examen del texto del contrato de seguro que enmarca las obligaciones que contrajo. Se concluye entonces que al haberse determinado un ámbito temporal de cobertura, puntualmente el de ocurrencia, para que pueda predicarse el amparo, es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza que en virtud de las condiciones generales de la póliza en la cual se estipuló en los siguientes términos:

[5] 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.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
GHA ABOGADOS & ASOCIADOS

BBVA Seguros

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

C E R T I F I C A:

Que: El (la) Señor (a) **CARLOS ALBERTO MALDONADO ORTEGA,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **91.466.717**, adquirió la obligación No.**0013-0158-60-9624870846,** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Deudor** No. **02 262 0000103013**, certificado No.**0013-0158-68-4020043984**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	$57,800,000.00
Incapacidad total y permanente	$57,800,000.00

La última prima cobrada fue por $35,420, correspondiente al periodo del 02/02/2025 al 01/03/2025.

La póliza fue emitida con fecha 21/12/2021 y actualmente se encuentra vigente, (Adjuntamos Clausulado).

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los diecinueve (19) días del mes de marzo del año dos mil veinticinco (2025).

Como se lee, la vigencia del seguro de la póliza está delimitada temporalmente desde el 21 de diciembre de 2021. De modo que la Compañía Aseguradora no está llamada a responder en este caso, puesto que el hecho base del litigio acaeció el 13 de octubre de 2021, es decir 2 meses y 8 días antes del termino de cobertura de la póliza en mención. Razón suficiente para desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización o pago alguno con cargo a la póliza de seguros, puesto que la misma no tenía cobertura para la fecha de calificación de la PCL.

De esta forma, resulta evidente que el riesgo contractualmente amparado por la Aseguradora es aquel que se encuentra dentro de la vigencia de la póliza de seguro. En otras palabras, para que sea jurídicamente posible la afectación de la póliza, resulta indispensables que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. Al respecto ha indicado el Consejo de Estado:

> *"32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resulta de la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto, el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que "Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del*

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro 33. De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, "Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la ley"[6] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha indicado que los riesgos dentro de la póliza deben ser determinados temporalmente, en el marco de la autonomía de la voluntad de las partes. De modo que los mismos deberán ser respetados puesto que así lo han pactado las partes en el contrato de seguro.

"*Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, sin límites temporales, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, temporal y espacialmente."* [7] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Frente a este mismo tema, la Corte ha dicho en reiteradas oportunidades que en tratándose de seguros contratados en la modalidad ocurrencia, el hecho dañoso debe indudablemente acontecer durante la vigencia de la póliza. Es decir, que para que nazca obligación condicional del asegurador tendrá que acontecer el hecho dañoso durante la limitación temporal pactada en la póliza, como se lee:

Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un "hecho externo", dañoso, indudablemente. Acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia)"[8] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de la misma. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la Legislación Colombiana estableció en el artículo 1057 del Código de Comercio, desde qué momento se asumen los riesgos por parte de la Aseguradora, así:

---

[6] Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472). Consejera Ponente: Danilo Rojas Betancourth.
[7] Corte Suprema de Justicia. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.
[8] Corte Suprema de Justicia. SC5217 de 2019. Radicación 2008-00102. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

"ARTÍCULO 1057. TÉRMINO DESDE EL CUAL SE ASUMEN LOS RIESGOS. En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato."

De acuerdo a lo anterior, es pertinente concluir que dado que la vigencia de la tiene de incidio desde el 21 de diciembre de 2021 y teniendo en cuenta la fecha del dictamen de PCL del señor Maldonado del 13 de octubre de 2021, no habría lugar a indemnización o reconocimiento de pago alguno por parte de la Compañía Aseguradora. Toda vez que quedó claro, que ésta sólo surge cuando el siniestro se produce dentro del término de vigencia de la respectiva póliza. De tal suerte que como en este caso el siniestro no ocurrió dentro de los límites temporales de la póliza, no cabe duda sobre la falta total de cobertura temporal de la Póliza.

En otras palabras, para que el contrato de seguro prestara cobertura temporal resultaba totalmente necesario que el la PCL del señor Maldonado, ocurriera en la vigencia de la póliza, sin embargo, dicho suceso ocurrió el 13 de octubre de 2021, cuando ni siquiera la póliza había entrado en vigencia. En ese sentido, es claro que el contrato de seguro por el cual fue vinculada mi representada, no presta cobertura temporal para los hechos base del presente litigio.

En conclusión, BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. no podría responder por indemnización alguna, como quiera que es evidente que los hechos por los cuales se discute la responsabilidad se encuentran fuera de la cobertura temporal de la póliza, en tanto sucedieron el día 13 de octubre de 2021 y la póliza objeto de litigio inició su vigencia hasta el 21 de diciembre del mismo año. De ese modo, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohijada, por lo cual debe proceder el Despacho a desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización con cargo a la póliza de seguro.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

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

Es fundamental que desde ahora el despacho tome en consideración que el asegurado, el señor Carlos Alberto Maldonado, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, de su proceso de calificación de PCL, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral 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.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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"* [9].

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, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. 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*

[9] 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.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro." (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por el Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la Aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

Pese a lo anterior, en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la Aseguradora". (Subrayado 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 absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio."[10] *(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 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."[11]

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co, analizando lo siguiente:

*"Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto**, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***

***Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro** y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la "ubérrima buena fe" que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza"[12] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

[10] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.
[11] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, Rad: 11001-31-03-023- 1996-02422-01
[12] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001- 22-14-000-2019-

Bogotá – Cra 11A No 94A-23 Of. 201
Edificio 94
+57 3173795688
Cali – Av. 6A Bis #35N-100 Of. 1210
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

No obstante y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que el

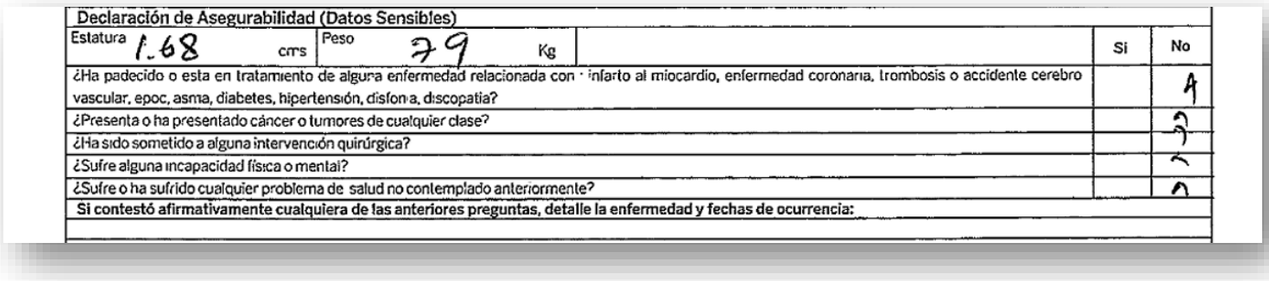
00181-01.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

Aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no el Aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 21 de diciembre de 2021, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Rodríguez las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad:



Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura 1.68 cms	Peso 79 Kg	Si	No
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonia, discopatia?			X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

(Imagen tomada de la declaración de asegurabilidad)

Se llama la atención al despacho sobre como el señor Maldonado, quien tenía pleno conocimiento sobre los padecimientos que se consideraron en el acta de junta medico laboral No. 211332 emitida por la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia, respondió negativamente todas las preguntas que cuestionaban la existencia de enfermedades preexistentes, lo que constituye una clara falta a la verdad, pues como se probará en el curso del proceso, el señor Maldonado sufría de obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, enfermedades con gran capacidad de deteriorar el estado de salud. Además, el propio demandante indica en su escrito de la demanda que, para la fecha en la cual se suscribió la declaración de asegurabilidad se encontraba en proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Maldonado declaró que no padecía de ninguna enfermedad y que su estado de salud era normal, lo cual es falso. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

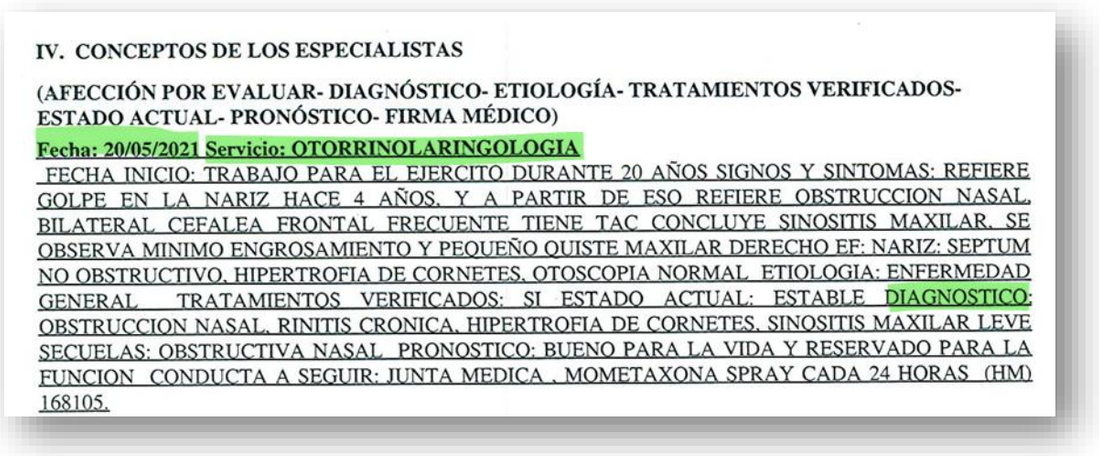
Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

Es decir, a pesar de que el señor Maldonado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de 2018 negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable Despacho tenga en cuenta que el asegurado no informó a mi representada de sus padecimientos, los cuales fueron tenidos en cuenta para el acta de junta medico laboral No. 211331, los cuales fueron practicados y conocidos por el aquí demandante con antelación al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad.

- **OBSTRUCCIÓN NASAL, RINITIS CRÓNICA, HIPERTROFIA DE CORNETES**

Como se evidencia en el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, para el año 2017 padecía de las enfermedades, toda vez que en dicho aparatado refiere síntomas desde hace 4 años, lo que permite afirmar que para el 2021 ya le habían diagnosticado obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, a saber:



IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS

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

Fecha: 20/05/2021 Servicio: OTORRINOLARINGOLOGIA

FECHA INICIO: TRABAJO PARA EL EJERCITO DURANTE 20 AÑOS SIGNOS Y SINTOMAS: REFIERE GOLPE EN LA NARIZ HACE 4 AÑOS. Y A PARTIR DE ESO REFIERE OBSTRUCCION NASAL, BILATERAL, CEFALEA FRONTAL FRECUENTE TIENE TAC CONCLUYE SINOSITIS MAXILAR. SE OBSERVA MINIMO ENGROSAMIENTO Y PEQUEÑO QUISTE MAXILAR DERECHO EF: NARIZ: SEPTUM NO OBSTRUCTIVO, HIPERTROFIA DE CORNETES, OTOSCOPIA NORMAL ETIOLOGIA: ENFERMEDAD GENERAL TRATAMIENTOS VERIFICADOS: SI ESTADO ACTUAL: ESTABLE DIAGNOSTICO: OBSTRUCCION NASAL, RINITIS CRONICA, HIPERTROFIA DE CORNETES, SINOSITIS MAXILAR LEVE SECUELAS: OBSTRUCTIVA NASAL PRONOSTICO: BUENO PARA LA VIDA Y RESERVADO PARA LA FUNCION CONDUCTA A SEGUIR: JUNTA MEDICA , MOMETAXONA SPRAY CADA 24 HORAS (HM) 168105.

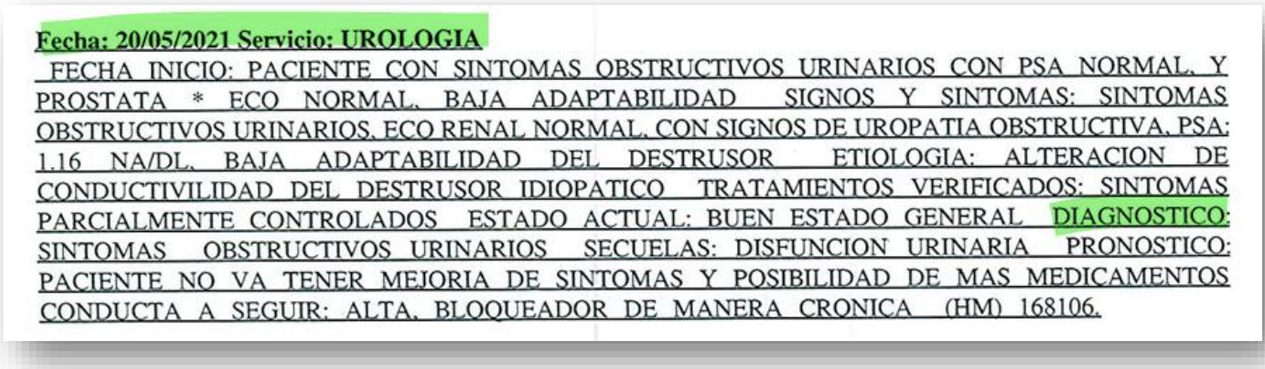
(Imagen tomada del acta de junta medico laboral No. 211332 aportada con la demanda)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el señor Maldonado fue diagnosticado con obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar de acuerdo con el fragmento del dictamen de pérdida de capacidad laboral que relaciona uno a uno los antecedentes médicos del señor Maldonado, con anterioridad al 21 de diciembre de 2022 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro, dichas enfermedades ya se habían diagnosticado. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, 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

- **SÍNTOMAS OBSTRUCTIVOS URINARIOS**

Como se evidencia en el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, para el año 2021 ya se le habían diagnosticados los síntomas obstructivos urinarios, a saber:

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075



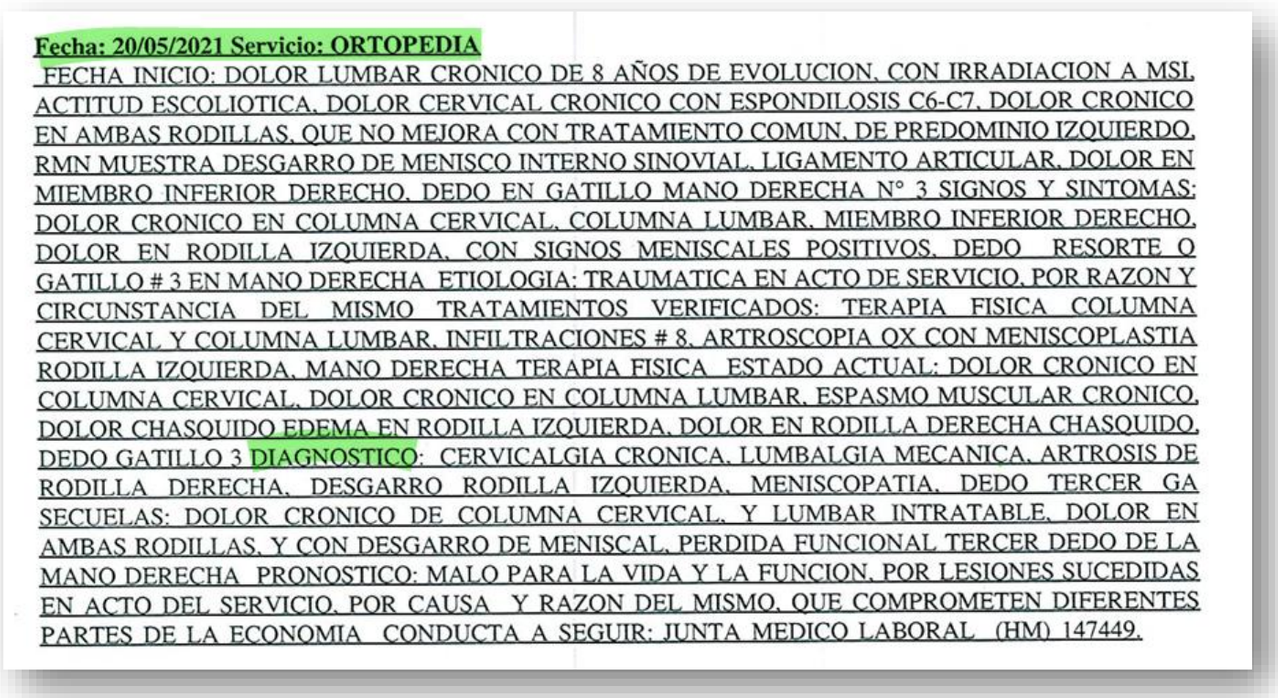
Fecha: 20/05/2021 Servicio: UROLOGIA
FECHA INICIO: PACIENTE CON SINTOMAS OBSTRUCTIVOS URINARIOS CON PSA NORMAL, Y PROSTATA * ECO NORMAL, BAJA ADAPTABILIDAD SIGNOS Y SINTOMAS: SINTOMAS OBSTRUCTIVOS URINARIOS, ECO RENAL NORMAL, CON SIGNOS DE UROPATIA OBSTRUCTIVA, PSA: 1.16 NA/DL, BAJA ADAPTABILIDAD DEL DESTRUSOR ETIOLOGIA: ALTERACION DE CONDUCTIVILIDAD DEL DESTRUSOR IDIOPATICO TRATAMIENTOS VERIFICADOS: SINTOMAS PARCIALMENTE CONTROLADOS ESTADO ACTUAL: BUEN ESTADO GENERAL DIAGNOSTICO: SINTOMAS OBSTRUCTIVOS URINARIOS SECUELAS: DISFUNCION URINARIA PRONOSTICO: PACIENTE NO VA TENER MEJORIA DE SINTOMAS Y POSIBILIDAD DE MAS MEDICAMENTOS CONDUCTA A SEGUIR: ALTA, BLOQUEADOR DE MANERA CRONICA (HM) 168106.

(Imagen tomada del acta de junta medico laboral No. 211332 aportada con la demanda)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el señor Maldonado fue diagnosticado con síntomas obstructivos urinarios de acuerdo con el fragmento del dictamen de pérdida de capacidad laboral que relaciona uno a uno los antecedentes médicos del señor Maldonado, con anterioridad al 21 de diciembre de 2022 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro, dicha enfermedad ya se había diagnosticado. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, 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.

- **CERVICALGIA CRÓNICA, LUMBALGIA MECÁNICA, ARTROSIS DE RODILLA DERECHA, DESGARRO DE RODILLA IZQUIERDA, MENISCOPATIA**

Como se evidencia en el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, para mayo de 2021 ya se le había diagnosticado cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, a saber:



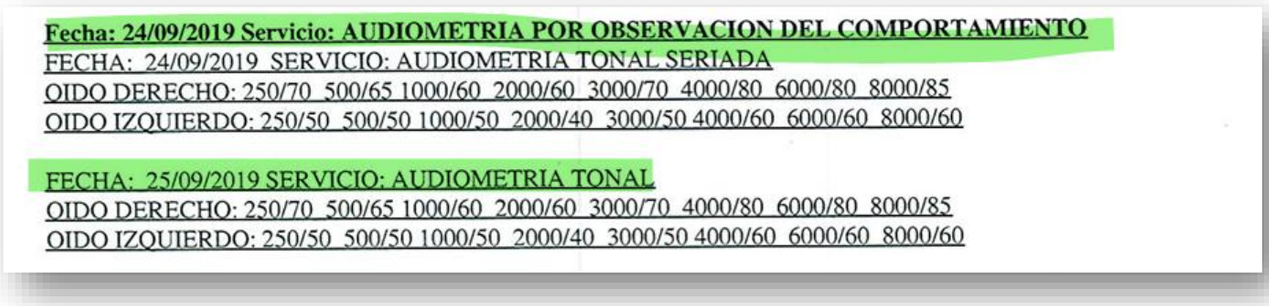
Fecha: 20/05/2021 Servicio: ORTOPEDIA
FECHA INICIO: DOLOR LUMBAR CRONICO DE 8 AÑOS DE EVOLUCION, CON IRRADIACION A MSI, ACTITUD ESCOLIOTICA, DOLOR CERVICAL CRONICO CON ESPONDILOSIS C6-C7, DOLOR CRONICO EN AMBAS RODILLAS, QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO COMUN, DE PREDOMINIO IZQUIERDO, RMN MUESTRA DESGARRO DE MENISCO INTERNO SINOVIAL, LIGAMENTO ARTICULAR, DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, DEDO EN GATILLO MANO DERECHA N° 3 SIGNOS Y SINTOMAS: DOLOR CRONICO EN COLUMNA CERVICAL, COLUMNA LUMBAR, MIEMBRO INFERIOR DERECHO, DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA, CON SIGNOS MENISCALES POSITIVOS, DEDO RESORTE O GATILLO # 3 EN MANO DERECHA ETIOLOGIA: TRAUMATICA EN ACTO DE SERVICIO, POR RAZON Y CIRCUNSTANCIA DEL MISMO TRATAMIENTOS VERIFICADOS: TERAPIA FISICA COLUMNA CERVICAL Y COLUMNA LUMBAR, INFILTRACIONES # 8, ARTROSCOPIA QX CON MENISCOPLASTIA RODILLA IZQUIERDA, MANO DERECHA TERAPIA FISICA ESTADO ACTUAL: DOLOR CRONICO EN COLUMNA CERVICAL, DOLOR CRONICO EN COLUMNA LUMBAR, ESPASMO MUSCULAR CRONICO, DOLOR CHASQUIDO EDEMA EN RODILLA IZQUIERDA, DOLOR EN RODILLA DERECHA CHASQUIDO, DEDO GATILLO 3 DIAGNOSTICO: CERVICALGIA CRONICA, LUMBALGIA MECANICA, ARTROSIS DE RODILLA DERECHA, DESGARRO RODILLA IZQUIERDA, MENISCOPATIA, DEDO TERCER GA SECUELAS: DOLOR CRONICO DE COLUMNA CERVICAL, Y LUMBAR INTRATABLE, DOLOR EN AMBAS RODILLAS, Y CON DESGARRO DE MENISCAL, PERDIDA FUNCIONAL TERCER DEDO DE LA MANO DERECHA PRONOSTICO: MALO PARA LA VIDA Y LA FUNCION, POR LESIONES SUCEDIDAS EN ACTO DEL SERVICIO, POR CAUSA Y RAZON DEL MISMO, QUE COMPROMETEN DIFERENTES PARTES DE LA ECONOMIA CONDUCTA A SEGUIR: JUNTA MEDICO LABORAL (HM) 147449.

(Imagen tomada del acta de junta medico laboral No. 211332 aportada con la demanda)

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el señor Maldonado fue diagnosticado con diagnosticado cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia de acuerdo con el fragmento del dictamen de pérdida de capacidad laboral que relaciona uno a uno los antecedentes médicos del señor Maldonado, con anterioridad al 21 de diciembre de 2022 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro, dicha enfermedad ya se había diagnosticado. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, 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.

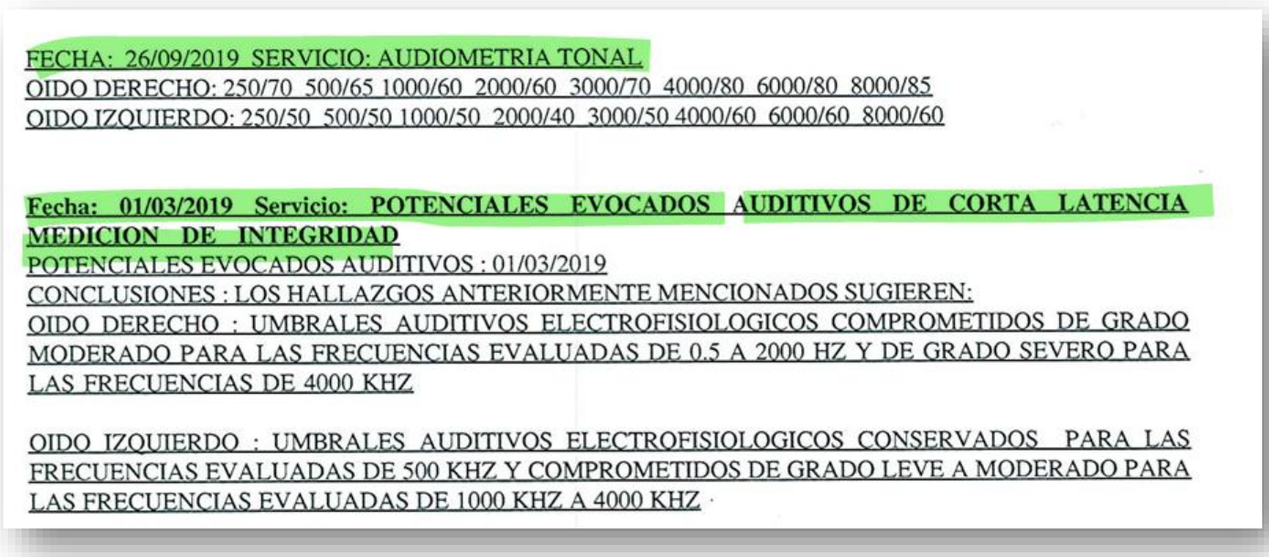
- UMBRALES AUDITIVOS ELECTROFISIOLÓGICOS COMPROMETIDOS EN OÍDO IZQUIERDO Y DERECHO.



Fecha: 24/09/2019 Servicio: AUDIOMETRIA POR OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO
FECHA: 24/09/2019 SERVICIO: AUDIOMETRIA TONAL SERIADA
OIDO DERECHO: 250/70 500/65 1000/60 2000/60 3000/70 4000/80 6000/80 8000/85
OIDO IZQUIERDO: 250/50 500/50 1000/50 2000/40 3000/50 4000/60 6000/60 8000/60

FECHA: 25/09/2019 SERVICIO: AUDIOMETRIA TONAL
OIDO DERECHO: 250/70 500/65 1000/60 2000/60 3000/70 4000/80 6000/80 8000/85
OIDO IZQUIERDO: 250/50 500/50 1000/50 2000/40 3000/50 4000/60 6000/60 8000/60

(Imagen tomada del acta de junta medico laboral No. 211332 aportada con la demanda)



FECHA: 26/09/2019 SERVICIO: AUDIOMETRIA TONAL
OIDO DERECHO: 250/70 500/65 1000/60 2000/60 3000/70 4000/80 6000/80 8000/85
OIDO IZQUIERDO: 250/50 500/50 1000/50 2000/40 3000/50 4000/60 6000/60 8000/60

Fecha: 01/03/2019 Servicio: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS : 01/03/2019
CONCLUSIONES : LOS HALLAZGOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS SUGIEREN:
OIDO DERECHO : UMBRALES AUDITIVOS ELECTROFISIOLOGICOS COMPROMETIDOS DE GRADO MODERADO PARA LAS FRECUENCIAS EVALUADAS DE 0.5 A 2000 HZ Y DE GRADO SEVERO PARA LAS FRECUENCIAS DE 4000 KHZ

OIDO IZQUIERDO : UMBRALES AUDITIVOS ELECTROFISIOLOGICOS CONSERVADOS PARA LAS FRECUENCIAS EVALUADAS DE 500 KHZ Y COMPROMETIDOS DE GRADO LEVE A MODERADO PARA LAS FRECUENCIAS EVALUADAS DE 1000 KHZ A 4000 KHZ

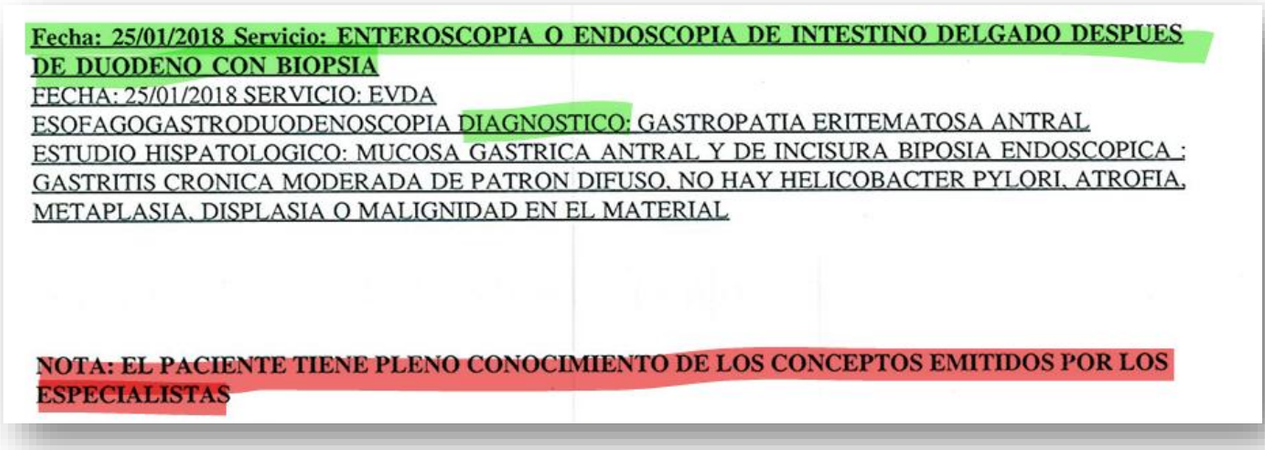
(Imagen tomada del acta de junta medico laboral No. 211332 aportada con la demanda)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el señor Maldonado fue diagnosticado con diagnosticado Umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos en oído izquierdo y derecho de acuerdo con el fragmento del dictamen de pérdida de capacidad laboral que relaciona uno a uno los antecedentes médicos del señor Maldonado, con anterioridad al 21 de diciembre de 2022 fecha en

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

que perfeccionó el contrato de seguro, dicha enfermedad ya se había diagnosticado. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, 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.

- GASTROPATIA ERITEMATORSA ANTRAL


Fecha: 25/01/2018 Servicio: ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO CON BIOPSIA
FECHA: 25/01/2018 SERVICIO: EVDA
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICO: GASTROPATIA ERITEMATOSA ANTRAL
ESTUDIO HISPATOLOGICO: MUCOSA GASTRICA ANTRAL Y DE INCISURA BIPOSIA ENDOSCOPICA : GASTRITIS CRONICA MODERADA DE PATRON DIFUSO, NO HAY HELICOBACTER PYLORI, ATROFIA, METAPLASIA, DISPLASIA O MALIGNIDAD EN EL MATERIAL

NOTA: EL PACIENTE TIENE PLENO CONOCIMIENTO DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS

(Imagen tomada del acta de junta medico laboral No. 211332 aportada con la demanda)

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el señor Maldonado fue diagnosticado con gastropatia eritematorsa antral, de acuerdo con el fragmento del dictamen de pérdida de capacidad laboral que relaciona uno a uno los antecedentes médicos del señor Maldonado, con anterioridad al 21 de diciembre de 2022 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro, dicha enfermedad ya se había diagnosticado. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, 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.

El Despacho deberá advertir entonces, del acta de junta medico laboral No. 211331, aparte de mencionar que el demandante conocía las patologías antes reseñadas, contiene anotaciones que para el día 13 de octubre de 2021, el señor Carlos Alberto Maldonado, refiere presentar dolor cervical, discopatía degenerativa C2-C3, desgarro que compromete el cuerpo, entre otros, a los cuales ya se les venia haciendo seguimiento, como consta en los conceptos emitidos por los especialistas, como se indicó anteriormente, por lo menos desde el año 2019. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Maldonado suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor Carlos Alberto Maldonado ya contaba con una serie de diagnósticos de obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, discopatía C2-C3,umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras, con anterioridad al mes de diciembre de 2021, fecha en la que se perfecciono el seguro, y (ii)) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo lo cual se puede observar, teniendo en cuenta que, del escrito de la demanda manifiesta incluso que, para la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad se encontraba en proceso de calificación de perdida de capacidad laboral.

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 señalar:

> *"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)*

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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

En otras palabras, se entrará a demostrar que el señor Wilson Rodríguez, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, padecía y conocía de la existencia de sus enfermedades obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, discopatía C2-C3,umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras. 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. Y además no solo de las patologías presentadas, sino del proceso de calificación de perdida de capacidad laboral que se estaba tramitando a la fecha.

En resumen, el señor Maldonado fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la obstrucción nasal, rinitis crónica, hipertrofia de cornetes, sinositis maxilar, síntomas obstructivos urinarios, cervicalgia crónica, lumbalgia mecánica, artrosis de rodilla derecha, desgarro de rodilla izquierda, meniscopatia, discopatía C2-C3,umbrales auditivos electrofisiológicos comprometidos, gastropatía eritematosa antral, entre otras y del proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar el dictamen hecho por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia 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 su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Maldonado debe declararse nulo, debido a que negó su patología y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

5. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE EL ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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*

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico"[13]

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 fundamentales[14]*.*

De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer"[15]*. (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."*[16] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se

---

[13] 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."

[14] Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

[15] 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.

[16] Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.

reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[17] , en donde estableció lo siguiente:

> *De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», **el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo** 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».*
>
> *No puede, entonces, **endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo»** al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*
>
> *Esto por cuanto, se reitera, **el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable»** o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.*
>
> *(…)*
>
> *Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo." (Subrayado fuera del texto original)*

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***

[17] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

***existe**…"*[18] *(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.

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias

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

Bogotá - Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
GHA ABOGADOS & ASOCIADOS

que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

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

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

> ***"4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (…)*** *4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer 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)"*[19]

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[20] 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:

[19] 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.
[20] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

Bogotá - Cra 11A No. 94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

> *"Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», **ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración**, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma»." (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 contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio".** (Subrayado fuera del texto original)*

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

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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 éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el honorable despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

> *"ARTÍCULO 1059. 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 Carlos Maldonado fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de 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.

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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 el honorable despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares 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 el honorable despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha de la sentencia.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

3. **EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO 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 grupo 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 asegurada en la póliza. 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.*

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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. (…)"[21]

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo 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. (…)"[22]

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. **870846. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

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 mí representada. Situación que debe ser tenida 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 la póliza de seguro.

CAPÍTULO III
V. MEDIOS DE PRUEBA:

[21] Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014
[22] Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. **DOCUMENTALES:**

   A. Copia de la Póliza Seguro Vida Deudor.
   B. Condicionado aplicable a la Póliza Seguro Vida Deudor.
   C. Detalle de movimientos Póliza Seguro Vida Deudor.
   D. Certificado de la Póliza Seguro Vida Deudor.
   E. Solicitud de indemnización presentada por el señor Maldonado el 29 de abril de 2022
   F. Escrito de Objeción emitido por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. del 3 de mayo de 2022.
   G. Constancia de envío de los derechos de petición con destino a la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia.

2. **INTERROGATORIO DE PARTE**

   Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **CARLOS ALBERTO MALDONADO**, 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 señor Maldonado podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en el líbelo de la demanda.

3. **DECLARACIÓN DE PARTE**

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

4. **TESTIMONIALES**

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

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las prexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

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

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

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

C. Solicito se sirva citar a la doctora Daisy Carolina López, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro 02 262 0000103013.

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico lopezromerodc@hotmail.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Historia clínica completa del señor CARLOS ALBERTO MALDONADO desde el año 2018 al

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

2025.

- Copia de la constancia de radicación de la solicitud presentada a la Junta medica laboral de la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que el aquí demandante presentaba con antelación a la suscripción de la declaración de asegurabilidad, así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

B. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LAS FUERZAS MILIATARES, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, los siguientes documentos:
   - Copia íntegra de la historia clínica del señor Wilson Rodríguez Leal entre el año 2018 y el año 2025.
   - Copia de la constancia de radicación de la solicitud presentada a la Junta medica laboral de la dirección de sanidad de las fuerzas militares de Colombia.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Wilson Rodríguez Leal sufrió en años anteriores, que le hicieron merecedor de una calificación de más del 50% de Pérdida de Capacidad Laboral y que no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; para así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. Así como también acreditar que la solicitud y dictamen tuvieron fechas previas al perfeccionamiento del seguro, por lo que nos encontramos ante un hecho cierto, el cual es inasegurable. La DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LAS FUERZAS MILIATARES puede ser notificada a través del correo electrónico disaneje@ejercito.mil.co

6. DE OFICIO

61. Comedidamente ruego se oficie a la Dirección de Sanidad Militar - Fuerzas militares de Colombia - Ejército Nacional, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

1. Historia Clínica desde 2010 hasta 2025.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

2. Acta de junta medico laboral No. 211332.
3. Expediente administrativo de calificación de pérdida de capacidad laboral. (Solicitud de calificación, anexos, etc.)

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que CARLOS ALBERTO MALDONADO sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

La Dirección de Sanidad Militar puede ser notificada en la Carrera 7 No. 52-48 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos disanateus@buzonejercito.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co Y disaneje@ejercito.mil.co

C. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarifación 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 S.A., las patologías del señor Carlos Alberto Maldonado se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el señor Carlos Alberto Maldonado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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 su honorable despacho un término no inferior a un mes para aportar la

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez la entidad oficiada aporte con destino al presente las juntas médicas que determinaron los respectivos porcentajes de pérdida de capacidad laboral. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad prestadora de salud 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

CAPÍTULO IV
ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder debidamente otorgado por el representante legal de BBVA Seguros de Vida Colombia SA
3. Certificado de existencia y representación legal de BBVA Seguros de Vida Colombia SA

CAPÍTULO V
NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar en la demanda.

Mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA COLOMBIA SA,** recibirá notificaciones en el correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

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

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. Nº 19.395.114 de Bogotá
T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075