

Bogotá, Mayo 18 de 2023

Señor
CARLOS JULIO FUENTES
carlosfuentes985@gmail.com
Cúcuta

REF.	TOMADOR	CARLOS JULIO FUENTES
	POLIZA	FAMILIA VITAL V2 NO. 00130323052292330812
	AFFECTADO	CARLOS JULIO FUENTES
	CEDULA	13460551
	SINIESTRO	VINB-1081

Respetada Señora:

En atención a su solicitud y acción petitoria presentada, mediante comunicación recibida el 13 de mayo del año en curso, relacionada con la objeción de la reclamación relativa el amparo de incapacidad total y permanente, nos permitimos informar que no es procedente atender favorablemente su requerimiento y manifestarle las siguientes precisiones en lo que tiene que ver con la reclamación del seguro:

De acuerdo con la historia clínica de la NUEVA EPS de marzo 15 de 2011, encontramos que usted tiene antecedentes médicos de cuadro clínico de Narcolepsia y Cataplexia en tratamiento, además, se evidencia antecedentes médicos de Síndrome del Túnel Carpiano en registro médico de marzo 25 de 2009; Mononeuropatía del Miembro Superior en registro de julio 07 de 2009. También, se visualiza antecedentes de Síndrome de Abducción Dolorosa del Hombro en registro de enero 05 de 2017. Neuralgia y Neuritis en registro de septiembre 01 de 2017. Desprendimiento de la Retina con Ruptura desde enero 16 de 2018. Gonartrosis Bilaterales desde agosto 09 de 2019. HTA (hipertensión arterial) desde enero de 2021 y DM (diabetes mellitus) en registro médico de marzo 15 de 2021. Este diagnóstico forma parte de la causal de calificación. Hecho relevante que no fue declarado y que motivo la objeción al pago del respectivo seguro.

Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de *máxima buena fe*, a la carga contractual del tomador dentro del contrato de seguro, su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

En la solicitud individual para el seguro de Vida Grupo Deudores, con la firma del documento, el asegurado se sujeta a lo siguiente: *"Declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio"*.

Es por lo tanto el artículo 1058 del Código de Comercio el fundamento jurídico que da base a esta exigencia, el cual reza: *"El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro"*.

La aseguradora no exigió la realización de exámenes médicos, ni solicitó historia clínica suya para acceder al seguro que respaldaba la obligación en referencia, debido a que la aseguradora no está obligada a ello. Sin embargo, la aseguradora sí le propuso diligenciar una declaración de asegurabilidad a objeto de verificar su estado de salud; dependiendo de esta información, la aseguradora tenía la potestad de practicar exámenes médicos a fin de conocer la realidad sobre su estado físico y así tomar una de tres decisiones: aceptar el riesgo en condiciones normales, imponer condiciones de primas más onerosas o, rechazar el seguro propuesto. Como en la declaración de asegurabilidad no se declaró ningún antecedente médico relevante, ni se consignó ninguna patología importante en curso, la aseguradora decidió aceptar el seguro en condiciones normales, vale decir se expidió la póliza como un riesgo normal, bajo el principio de la buena fe.

En efecto, la Aseguradora, en virtud del principio de máxima buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que usted haya obrado de mala fe o haya faltado a la verdad cuando diligenció el cuestionario, sino que confió en que las respuestas consignadas en el mismo eran del todo ciertas. Si posteriormente se determinó que el asegurado, conociendo un hecho importante relativo a su salud no lo declaró, se configuró la reticencia que da lugar a la objeción del pago del seguro.

De otra parte, con independencia de que la causa de su invalidez haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio.

Respecto al Proceso Suscripción de la Póliza Familia Vital, nos permitimos comunicarle que dentro de la formalización del Seguro se le da a conocer la solicitud para su diligenciamiento el cual es rubricado con la firma del mismo. Cabe precisar que cualquier tipo de aparente incapacidad para ello en razón por sus condiciones debe ser decretada jurídicamente, caso en cual esta Aseguradora se atenderá a ello.

Las anteriores circunstancias llevaron a la Compañía Aseguradora a declinar el pago del seguro familia vital por reticencia, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, por lo que se mantiene la objeción de mayo 12 de 2023.

Con lo anterior damos respuesta a su requerimiento.

Datos de contacto Defensor del Consumidor Financiero BBVA Seguros Colombia:

Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.

Mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

Teléfono: 601 343 8385 - **Fax:** 601 343 8387

Cordial Saludo,



Firma Autorizada
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Elaboró: MRM