

Señores,

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE CÚCUTA – ORALIDAD

jcivmcu5@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D

PROCESO: VERBAL
RADICADO: 540014053005-2025-00457-00
DEMANDANTE: MARÍA TRINIDAD CARRILLO GARCÍA
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., y BANCO BBVA COLOMBIA S.A

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderado especial **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la Doctora Maribel Sandoval Varón, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por María Trinidad Carrillo García en contra de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A. y otros, manifestando desde ahora que me opongo a todas las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

A. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** Se aclara al despacho que, el Banco BBVA Colombia S.A., es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios

de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 2: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** Se aclara al despacho que, el Banco BBVA Colombia S.A., es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se realizó el desembolso.

FRENTE AL HECHO 3: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** Se aclara al despacho que, el Banco BBVA Colombia S.A., es una entidad diferente de mi representada. Sin perjuicio de lo anterior, en efecto el seguro emitido por mi prohijada ampara la obligación financiera número 0013-0321-10-9602344937.

FRENTE AL HECHO 4: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** Se aclara al despacho que, el Banco BBVA Colombia S.A., es una entidad diferente de mi representada.

FRENTE AL HECHO 5: Es cierto. Sin embargo se resalta desde ahora que María Trinidad Carrillo García, quien, al momento de diligenciar la solicitud del seguro omitió declarar de manera completa y veraz su estado de salud, tanto presente como pasado; específicamente, no informó a la Compañía Aseguradora sobre sus padecimientos de salud preexistentes, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis, como se evidencia en la historia clínica y en análisis del dictamen de pérdida de capacidad laboral, a pesar de que en dicho formulario fueron preguntados de manera explícita

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)		Si	No
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?			X
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?			X
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?			X
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?			X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?			X
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS			X
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TÊMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			X
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO			X
REUMATISMO, ARTRITIS , GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA			X
ENFERMEDADES DEL BRAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS			X
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA , INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN			X
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS			X
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO			X
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARRREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO			X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS			X
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE			X
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?			X
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO			X
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?			X

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 121 000009011

Énfasis del documento:

	Si	No
<i>BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO</i>		X
<i>REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS MUSCULO O COLUMNA</i>		X
<i>ENFERMEDADES DEL BRAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS, O ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS</i>		X
<i>DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN</i>		X

De haber sido conocidos por mi representada estos diagnósticos previos 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. y en ese sentido genera la nulidad a la vinculación al contrato de seguro

FRENTE AL HECHO 6: Es cierto. Sin embargo se resalta desde ahora que María Trinidad Carrillo García, quien, al momento de diligenciar la solicitud del seguro omitió declarar de manera completa y veraz su

estado de salud, tanto presente como pasado; específicamente, no informó a la Compañía Aseguradora sobre sus padecimientos de salud preexistentes, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis, como se evidencia en la historia clínica y en análisis del dictamen de pérdida de capacidad laboral, a pesar de que en dicho formulario fueron preguntados de manera explícita, por lo que se configura la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia.

FRENTE AL HECHO 7: Es cierto. Téngase en cuenta que el único beneficiario de la póliza de seguro vida deudores es el Banco BBVA., dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mi representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual e improbable condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en las pólizas de seguro.

FRENTE AL HECHO 8: Es cierto. Sin embargo, debe aclararse desde ya que si bien la o la póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011 presente un amparo de incapacidad total y permanente en los siguientes términos:

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

Documento: Condicionado General de la o la póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011.

No obstante, y a pesar de que tal consecuencia se encuentra consagrada en la ley en el artículo 1058 del código de comercio, el clausulado general consagra que la reticencia o inexactitud por parte del asegurado en el momento del perfeccionamiento del contrato generan la nulidad y por ende no hay lugar a la afectación de la póliza, ni ninguno de sus amparos.

CLÁUSULA SEXTA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por "LA COMPAÑÍA".

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por "LA COMPAÑÍA", la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero "LA COMPAÑÍA" sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Documento: Condicionado General de la o la póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011.

En este caso es claro que hay lugar a la aplicación de tal consecuencia teniendo en cuenta que la señora María Trinidad Carillo fue reticente al momento de diligenciar el formulario de asegurabilidad, omitiendo de manera deliberada información esencial sobre su estado de salud, incluyendo enfermedades preexistentes como hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis. Estas condiciones no fueron informadas a la aseguradora, lo que vició su consentimiento y afecta la validez del contrato de seguro celebrado.

FRENTE AL HECHO 9: No es cierto tal como lo redacta la parte actora. La suma asegurada corresponde a el saldo insoluto de la obligación.

FRENTE AL HECHO 10: Es cierto, tal y como se evidencia en el certificado allegado junto con la presentes contestación.

FRENTE AL HECHO 11: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 12: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 13: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin embargo, téngase en cuenta que los diagnósticos previos al diligenciamiento del formulario de asegurabilidad que fueron omitidos por la parte la señora María Trinidad Carillo y preguntados expresamente -hipertensión arterial y diabetes mellitus- tuvieron una clara y significativa incidencia en la calificación que dictamino la junta.

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional				
Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias				
Diagnósticos y origen				
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación			
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			
E039	Hipotiroidismo, no especificado			
R268	Otras anomalías de la marcha y de la movilidad y las no especificadas	Hemiplejía derecha		

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “Fundamentos para la calificación del origen y/o la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional” “Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación”

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estos antecedentes constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, sumado a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la hipertensión arterial y diabetes con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

FRENTE AL HECHO 14: No es cierto tal y como está redactado. El 16 de diciembre de 2023 la asegurada presentó solicitud de indemnización que no se encuadra en los términos del artículo 1072 del Código de comercio por cuanto en este evento no ha acaecido el riesgo asegurado pues el contrato es nulo debido a la omisión por parte de la señora María Trinidad Carillo de sus diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis, previos al diligenciamiento del formulario de asegurabilidad.

FRENTE AL HECHO 15: Es cierto, que mi representada, BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., el 21 de diciembre de 2023, emitió objeción frente a la reclamación realizada relacionada con la póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011. Solicitud de indemnización que fue objetada a causa de la omisión en la declaratoria de sus antecedentes médicos, hecho que repercute en el consentimiento de la aseguradora, por lo que deberá declararse la nulidad relativa del contrato.

Por ello, el Despacho podrá concluir de forma clara que la señora María Trinidad Carillo para la fecha de contratación de póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011, el 28 de septiembre de 2017, no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes y artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 87%; circunstancias que de haber sido conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia comercial de omitir esa información. Por ello la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio

FRENTE AL HECHO 16: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata

de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 17: Es cierto. Téngase en cuenta que el 21 de diciembre de 2024 se dio respuesta por parte de la entidad a la que represento de manera íntegra al derecho de petición interpuesto por la actora.

FRENTE AL HECHO 18: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 19: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 20: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 21: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 22: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 23: Es cierto. Lo que evidencia atención oportuna y completa frente a los requerimientos efectuados por los consumidores ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA.

FRENTE AL HECHO 24: Es cierto. Tal y como se evidencia en el certificado de la póliza vida grupo deudores que se aporta junto con la contestación.

FRENTE AL HECHO 25: Es cierto conforme al certificado que obra en el expediente.

FRENTE AL HECHO 26: Es cierto, no obstante, en este caso no hay siniestro por cuanto la vinculación de la demandante a la póliza de vida grupo deudore resulta nula en tanto fue reticente al no informar de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes y artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 87%; circunstancias que de haber sido conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio

FRENTE AL HECHO 27: No es cierto. En primer lugar, la fecha de emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral fue el 02 de noviembre de 2023. Adicionalmente en este caso no puede hablarse de siniestro por cuanto la vinculación de la demandante a la póliza de vida grupo deudore resulta nula en tanto fue reticente al no informar de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes y artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 87%; circunstancias que de haber sido conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello, el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 28: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 29: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 30: No es un hecho es una interpretación del apoderado de la demandante por lo cual de conformidad con la carga de la prueba estipulada en el artículo 167 del Código General del Proceso la parte actora deberá demostrar el saldo insoluto del crédito.

FRENTE AL HECHO 31: No es cierto. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. dio estricto cumplimiento al deber de información respecto de las condiciones de asegurabilidad de las pólizas adquiridas por la señora María Trinidad Carillo en razón a que de forma cierta, suficiente, clara y oportuna le señaló a la consumidora financiera lo relacionado con su declaración de estado de salud y asimismo entregó copia de la póliza y condiciones particulares y generales de las mismas, en donde por una parte se especificó la vigencia del seguro y segundo a que correspondían los amparos, aunado a ello, que el riesgo de incapacidad total y permanente lo constituye la expedición del dictamen de pérdida de capacidad laboral y no la fecha de estructuración de la invalidez, es decir que de forma transparente el demandante pudo conocer los alcances del seguro.

FRENTE AL HECHO 32: No es cierto. Se dio estricto cumplimiento al deber de información respecto de las condiciones de asegurabilidad de las pólizas adquiridas por la señora María Trinidad Carillo en razón a que de forma cierta, suficiente, clara y oportuna le señaló a la consumidora financiera lo relacionado con su declaración de estado de salud y asimismo entregó copia de la póliza y condiciones particulares y generales de las mismas, en donde por una parte se especificó la vigencia del seguro y segundo a que correspondían los amparos, aunado a ello, que el riesgo de incapacidad total y permanente lo constituye

la expedición del dictamen de pérdida de capacidad laboral y no la fecha de estructuración de la invalidez, es decir que de forma transparente el demandante pudo conocer los alcances del seguro.

FRENTE AL HECHO 33: No es cierto, se cumplieron cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales en cuanto a la entrega de información al asegurado. La señora María Trinidad Carillo fue debidamente informada sobre las condiciones del seguro, y aceptó de manera libre y voluntaria las mismas, firmando la declaración de asegurabilidad que certifica que recibió la información de forma clara y completa. Además, la entidad proporcionó los canales digitales para que la consumidora pudiera consultar las condiciones generales de la póliza en cualquier momento. Por otro lado, la Ley 1328 de 2009 establece que corresponde también a los consumidores financieros informarse adecuadamente sobre los productos que adquieren. En este caso, la señora Carillo tuvo acceso a toda la información necesaria y fue plenamente consciente de su responsabilidad en revisar los términos del seguro. En consecuencia, no se puede considerar que la entidad haya incumplido con el deber de información.

FRETE AL HECHO 34: No es cierto. Véase que la señora María Trinidad Carillo firmo de manera libre y voluntaria la declaración de asegurabilidad en la cual. Justo debajo de su firma consta que recibió la información relativa al producto de forma clara y completa; y que además el clausulado con las condiciones generales de la póliza están a su disposición a través del canal digital habilitado para ello:

de pago elegida.

FIRMA DEL SOLICITANTE

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA. QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Bogotá el 28 de set 17

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 800 228 098 4

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 15 No. 96 - 65 Teléfono 2101100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 01 8000934020 y en Bogotá 30 78080
Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72-21 Piso 8 en Bogotá D.C. Teléfono 3435385 e-mail: defensoria.bbva@bbva.com.co

Documento: Declaración de asegurabilidad diligenciada por Maria Trinidad Carillo el 28 de septiembre de 2017

Énfasis del documento: “el clausulado con las condiciones generales de la póliza están a su disposición a través de la página www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co” “CERTIFICO QUE RECIBO LA NFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA.

QUE DILIGENCIE LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO”

De manera que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales en cuanto a la entrega de información al asegurado. La señora María Trinidad Carillo fue debidamente informada sobre las condiciones del seguro, y aceptó de manera libre y voluntaria las mismas, firmando la declaración de asegurabilidad que certifica que recibió la información de forma clara y completa. Además, la entidad proporcionó los canales digitales para que la consumidora pudiera consultar las condiciones generales de la póliza en cualquier momento. Por otro lado, la Ley 1328 de 2009 establece que corresponde también a los consumidores financieros informarse adecuadamente sobre los productos que adquieren. En este caso, la señora Carillo tuvo acceso a toda la información necesaria y fue plenamente consciente de su responsabilidad en revisar los términos del seguro. En consecuencia, no se puede considerar que la entidad haya incumplido con el deber de información.

FRENTE AL HECHO 35: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 36: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 37: Es cierto por cuanto no hay lugar a que BBVA Seguros de Vida S.A. pague el saldo insoluto del crédito en tanto no lugar a afectar la póliza pues la vinculación de la señora María Trinidad Carillo es nula en tanto la entonces asegurada para la fecha de contratación de póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011, el 28 de septiembre de 20177, no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes y artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida

de capacidad laboral dictaminada en un 87%; circunstancias que de haber sido conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 38: No es un hecho, es una referencia al clausulado de la póliza, no obstante no hay lugar a dicha indemnización por cuanto la señora María Trinidad Carillo es nula en tanto la entonces asegurada para la fecha de contratación de póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011, el 28 de septiembre de 20177, no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes y artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 87%; circunstancias que de haber sido conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 39: No es un hecho es una afirmación por parte del demandante a la cual no hay lugar por cuanto no lugar a afectar la póliza pues la vinculación de la señora María Trinidad Carillo es nula en tanto la asegurada para la fecha de contratación de póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011, el 28 de septiembre de 20177, no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes y artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron en mayor medida en su pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 87%; circunstancias que de haber sido conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 40: Es cierto tal como se verifica en la constancia de no conciliación por no acuerdo del Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía. Lo anterior en tanto, el contrato de seguro debe ser declarado nulo en virtud de la reticencia de la entonces asegurada.

FRENTE AL HECHO 41: No es un hecho, en tanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Se trata de una apreciación jurídica, por lo que se omitirá pronunciamiento sobre el particular.

FRENTE AL HCHO 42: Es cierto tal como se verifica en la constancia de no conciliación por no acuerdo del Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía. Lo anterior en tanto, el contrato de seguro debe ser declarado nulo en virtud de la reticencia de la entonces asegurada.

FRENTE AL HECHO 43: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 44: Es cierto tal como se verifica en la constancia de no conciliación por no acuerdo del Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía. Lo anterior en tanto, el contrato de seguro debe ser declarado nulo en virtud de la reticencia de la entonces asegurada.

FRETE AL HECHO 45: Es cierto. Sin embargo, téngase en cuenta que no ha operado el fenómeno de la prescripción en contra de BBVA Seguros de Vida S.A. El término de prescripción no comienza a contarse con la simple perfección del contrato de seguro, sino desde el momento en que la aseguradora tiene conocimiento real o presunto de los hechos que dan base a la acción, en este caso, la reticencia de la asegurada. Este conocimiento solo se produjo en diciembre de 2023, cuando la asegurada presentó su solicitud de indemnización, momento a partir del cual comenzó a contarse el término de prescripción. Por lo tanto, el plazo no ha expirado y la aseguradora no se ha visto afectada por la prescripción, contrariamente a lo que afirma el demandante en su escrito.

FRENTE AL HECHO 46: No es cierto. no ha operado el fenómeno de la prescripción en contra de BBVA Seguros de Vida S.A. El término de prescripción no comienza a contarse con la simple perfección del contrato de seguro, sino desde el momento en que la aseguradora tiene conocimiento real o presunto de los hechos que dan base a la acción, en este caso, la reticencia de la asegurada. Este conocimiento solo se produjo en diciembre de 2023, cuando la asegurada presentó su solicitud de indemnización, momento a partir del cual comenzó a contarse el término de prescripción. Por lo tanto, el plazo no ha expirado y la aseguradora no se ha visto afectada por la prescripción, contrariamente a lo que afirma el demandante en su escrito.

FRENTE AL HECHO 47: No es cierto por cuanto en este caso no ha operado el fenómeno de la prescripción en contra de BBVA Seguros de Vida S.A. El término de prescripción no comienza a contarse con la simple perfección del contrato de seguro, sino desde el momento en que la aseguradora tiene conocimiento real o presunto de los hechos que dan base a la acción, en este caso, la reticencia de la asegurada. Este conocimiento solo se produjo en diciembre de 2023, cuando la asegurada presentó su solicitud de indemnización, momento a partir del cual comenzó a contarse el término de prescripción. Por lo tanto, el plazo no ha expirado y la aseguradora no se ha visto afectada por la prescripción, contrariamente a lo que afirma el demandante en su escrito. Y en ese sentido válidamente BBVA Seguros de Vida S.A. puede oponerse y alegar la clara y evidente reticencia en que incurrió la asegurada.

Adicionalmente entiéndase este hecho como una confesión por parte del demandante de su reticencia y omisión de los padecimientos preexistentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis previos al diligenciamiento del formulario de asegurabilidad. Lo cual de ninguna manera de sana por la “inacción de la aseguradora”, pues no ha habido tal conducta y en este caso no opera la prescripción por lo señalado previamente.

FRENTE AL HECHO 48: No es un hecho es una referencia jurisprudencial a la que no hay lugar por cuanto en este caso no ha operado el fenómeno de la prescripción en contra de BBVA Seguros de Vida S.A. El término de prescripción no comienza a contarse con la simple perfección del contrato de seguro, sino desde el momento en que la aseguradora tiene conocimiento real o presunto de los hechos que dan base a la acción, en este caso, la reticencia de la asegurada. Este conocimiento solo se produjo en diciembre de 2023, cuando la asegurada presentó su solicitud de indemnización, momento a partir del cual comenzó a contarse el término de prescripción. Por lo tanto, el plazo no ha expirado y la aseguradora no se ha visto afectada por la prescripción, contrariamente a lo que afirma el demandante en su escrito. Y en ese sentido válidamente BBVA Seguros de Vida S.A. puede oponerse y alegar la clara y evidente reticencia en que incurrió la asegurada.

FRENTE AL HECHO 50: No es un hecho. Me atengo a lo que al respecto se pruebe y determine el Despacho.

FRENTE AL HECHO 51: No es un hecho. Me atengo a lo que al respecto se pruebe y determine el Despacho.

B. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES CONTRA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: Me **OPONGO** a la pretensión, en tanto, a pesar de que efectivamente se suscribo la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 121 0000009011 entre BBVA Seguros de Vida S.A. y María Trinidad Carillo García, esta fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Para la fecha de la solicitud de la Póliza seguro de vida Grupo Deudores, el 28 de septiembre de 2017, no informó de la existencia sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes mellitus, artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron a su nueva calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 81,79% , que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información.

Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la asegurada negó en el momento de su solicitud, fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las patologías antes enunciadas, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por ende, emerge con claridad que se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: Me **OPONGO** a la pretensión, en tanto no ha operado el fenómeno de la prescripción en contra de BBVA Seguros de Vida S.A. El término de prescripción no comienza a contarse con la simple perfección del contrato de seguro, sino desde el momento en que la aseguradora tiene conocimiento real o presunto de los hechos que dan base a la acción, en este caso, la reticencia de la asegurada. Este conocimiento solo se produjo en diciembre de 2023, cuando la asegurada presentó su solicitud de indemnización, momento a partir del cual comenzó a contarse el término de prescripción. Por lo tanto, el plazo no ha expirado y la aseguradora no se ha visto afectada por la

prescripción, contrariamente a lo que afirma el demandante en su escrito.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: Me **OPONGO** esta pretensión en tanto BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales en cuanto a la entrega de información al asegurado. La señora María Trinidad Carillo fue debidamente informada sobre las condiciones del seguro, y aceptó de manera libre y voluntaria las mismas, firmando la declaración de asegurabilidad que certifica que recibió la información de forma clara y completa. Además, la entidad proporcionó los canales digitales para que la consumidora pudiera consultar las condiciones generales de la póliza en cualquier momento. Por otro lado, la Ley 1328 de 2009 establece que corresponde también a los consumidores financieros informarse adecuadamente sobre los productos que adquieren. En este caso, la señora Carillo tuvo acceso a toda la información necesaria y fue plenamente consciente de su responsabilidad en revisar los términos del seguro. En consecuencia, no se puede considerar que la entidad haya incumplido con el deber de información.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: Me **OPONGO** esta pretensión en tanto BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales en cuanto a la entrega de información al asegurado. La señora María Trinidad Carillo fue debidamente informada sobre las condiciones del seguro, y aceptó de manera libre y voluntaria las mismas, firmando la declaración de asegurabilidad que certifica que recibió la información de forma clara y completa. Además, la entidad proporcionó los canales digitales para que la consumidora pudiera consultar las condiciones generales de la póliza en cualquier momento. Por otro lado, la Ley 1328 de 2009 establece que corresponde también a los consumidores financieros informarse adecuadamente sobre los productos que adquieren. En este caso, la señora Carillo tuvo acceso a toda la información necesaria y fue plenamente consciente de su responsabilidad en revisar los términos del seguro. En consecuencia, no se puede considerar que la entidad haya incumplido con el deber de información.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: Me **OPONGO** esta pretensión en tanto en primer lugar BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales en cuanto a la entrega de información al asegurado. La señora María Trinidad Carillo fue debidamente informada sobre las condiciones del seguro, y aceptó de manera libre y voluntaria las mismas, firmando la declaración de asegurabilidad que certifica que recibió la información de forma clara y completa. Además, la entidad proporcionó los canales digitales para que la consumidora pudiera consultar las condiciones generales de la póliza en cualquier momento. Por otro lado, la Ley 1328 de 2009 establece que

corresponde también a los consumidores financieros informarse adecuadamente sobre los productos que adquieren. En este caso, la señora Carillo tuvo acceso a toda la información necesaria y fue plenamente consciente de su responsabilidad en revisar los términos del seguro. En consecuencia, no se puede considerar que la entidad haya incumplido con el deber de información.

En segundo lugar, y en gracia de discusión, el incumplimiento del deber de información por parte de BBVA Seguros de Vida S.A. no puede ser la ineficacia de pleno derecho del Numeral 1.1. denominado “Incapacidad Total y Permanente” que hace parte del Anexo de Incapacidad Total y Permanente de las Condiciones Generales que rigen la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 121 0000009011. Es una apreciación jurídica incorrecta por parte del apoderado de la demandante.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: Me **OPONGO** a la pretensión, en tanto que María Trinidad Carillo García fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Para la fecha de la solicitud de la Póliza seguro de vida Grupo Deudores, el 28 de septiembre de 2017, no informó de la existencia sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes mellitus, artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron a su nueva calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 81,79% , que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información.

Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la asegurada negó en el momento de su solicitud fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las patologías antes enunciadas, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por ende, emerge con claridad que se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA: Me **OPONGO** a esta pretensión en tanto que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mi representada. Situación que debe ser 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 las pólizas de seguro.

FRENTE A LA PRETENSIÓN OCTAVA: Me **OPONGO** a esta pretensión en tanto que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mi representada. Situación que debe ser 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 las pólizas de seguro. Aunado a ello, el contrato de seguro deberá declararse nulo, en tanto que María Trinidad Carillo García fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Para la fecha de la solicitud de la Póliza seguro de vida Grupo Deudores, el 28 de septiembre de 2017, no informó de la existencia sus antecedentes médicos tales como Hipertensión arterial, diabetes mellitus, artrosis, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron a su nueva calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada en un 81,79% , que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información, por lo que en tal virtud no podrá condenarse a la compañía de seguros al reconocimiento de pago de intereses.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NOVEA: Me opongo a la condena en costas y gastos del proceso, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES CONTRA BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Teniendo en cuenta que este acápite de pretensiones está dirigido a otra parte procesal distinta a BBVA seguros de Vida S.A. no se efectuará manifestación respecto de cada una de las pretensiones formuladas.

Sin perjuicio de ello, es claro que ninguna de las pretensiones incoadas por el extremo actor frente a la

entidad bancaria podrá prosperar debido a que, la señora María Trinidad Carillo fue debidamente informada sobre las condiciones del seguro, y aceptó de manera libre y voluntaria las mismas, firmando la declaración de asegurabilidad que certifica que recibió la información de forma clara y completa.

Además, se proporcionó los canales digitales para que la consumidora pudiera consultar las condiciones generales de la póliza en cualquier momento. Por otro lado, la Ley 1328 de 2009 establece que corresponde también a los consumidores financieros informarse adecuadamente sobre los productos que adquieren. En este caso, la señora Carillo tuvo acceso a toda la información necesaria y fue plenamente consciente de su responsabilidad en revisar los términos del seguro. En consecuencia, no se puede considerar que la entidad haya incumplido con el deber de información, por lo que es evidente que el Banco BBVA no incumplió con los deberes de información que indica el demandante, por lo que no podrá condonar ni reintegrar cuotas pagadas o ser condenada en costas por el presente asunto.

C. OBJECCIÓN FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Me permito oponerme de manera respetuosa a lo predicado en el juramento estimatorio presentado por la parte actora, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, por las siguientes razones:

No puede obviarse que la señora María Trinidad Carillo fue reticente al momento de diligenciar el formulario de asegurabilidad, omitiendo de manera deliberada información esencial sobre su estado de salud, incluyendo enfermedades preexistentes como hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis. Estas condiciones no fueron informadas a la aseguradora, lo que vició su consentimiento y afecta la validez del contrato de seguro celebrado.

La omisión de estos padecimientos preexistentes impacta directamente en la evaluación del riesgo asumido por la aseguradora. La asegurada, al no declarar estas patologías, indujo a la aseguradora a celebrar un contrato bajo condiciones erróneas, bajo la suposición de un estado de salud aparentemente saludable. Por lo tanto, el monto reclamado que corresponde al saldo insoluto del crédito hipotecario y la suma asegurada bajo la cobertura de incapacidad total y permanente no refleja de manera justa el verdadero riesgo que la aseguradora asumió. Adicionalmente no hay lugar a su indemnización por cuanto la consecuencia de la reticencia de la asegurada es la nulidad de conformidad con el artículo 1058 del código de comercio.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis que padecía la señora María Trinidad Carrillo 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 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 de la asegurada. El aseguramiento de la señora María Trinidad Carrillo debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

De manera precisa, en cuanto el juramento estimatorio pretende servir como medio de prueba siempre que no sea objetado por la parte demandante, me permito indicar que de ninguna manera puede tenerse como prueba de las pretensiones las sumas relacionadas por la accionante. Como quiera que la Póliza Vida Grupo Deudores está viciada de nulidad por reticencia.

Finalmente, tampoco es dable exigir el pago de intereses moratorios a partir de la fecha en que la accionante solicitó el pago del seguro pues habiéndose objetado oportunamente la petición, con fundamentos fácticos y jurídicos sólidos, es claro que la eventual obligación de mi representada no se encuentra acreditada y por lo mismo, los presuntos intereses solo podrían computarse a partir de una eventual sentencia, que así condene a la aseguradora.

De manera que el daño material reclamado por la parte actora está basado en un saldo insoluto del crédito hipotecario y en una cobertura de incapacidad total y permanente que, a la cual no hay lugar debido a las omisiones de la asegurada. La reticencia de la señora Carillo acarreará la nulidad relativa del contrato, al no declarar de manera veraz su estado de salud previo al diligenciamiento del formulario de asegurabilidad y de haber sido conocida la verdadera condición de salud de la asegurada, la aseguradora habría podido optar por no contratar el seguro, o por lo menos, modificar las condiciones de la póliza, incluidas las primas y la cobertura.

En los anteriores términos objeto el juramento.

D. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

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

En este caso, se configura la nulidad relativa del contrato de seguro debido a la reticencia de la asegurada, María Trinidad Carrillo García, quien, al momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar de manera completa y veraz su estado de salud, tanto presente como pasado; específicamente, no informó a la Compañía Aseguradora sobre sus padecimientos de salud preexistentes, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis, como se evidencia en la historia clínica del 2009 y en análisis del dictamen de pérdida de capacidad laboral; lo cual de haber sido conocido por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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”.¹ (Subrayado fuera del texto original)

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 la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que: (i) el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, (ii) que esta omisión o falta, de haber sido conocida por el aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que la asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida

¹ 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.

por la Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, de esta manera, la Aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el

tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”² (Negrilla y subrayado 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.”³ (Negrilla y subrayado fuera del texto original)*

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

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

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023- 1996-02422-01

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. ⁴” (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

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

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contrato como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al*

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

*asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.***

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguros, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguros se celebre con la uberrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el 28 de septiembre de 2017, fecha en la cual la asegurada solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad) con preguntas redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora María Trinidad Carillo las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora María Trinidad Carillo conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 28 de septiembre de 2017, fecha en la que diligenció la declaratoria de asegurabilidad, negó sus diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis a la Compañía Aseguradora, a pesar de que estos padecimientos fueron preguntados de manera explícita. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)		SI	NO
Deportes que practica			
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		X	
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		X	
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?		X	
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?		X	
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		X	
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS			
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		X	
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		X	
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		X	
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		X	
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		X	
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS		X	
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		X	
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		X	
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		X	
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		X	
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?		X	
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO		X	
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		X	

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 121 0000009011

Énfasis del documento:

	Si	No
<i>BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO</i>		X
<i>REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS MUSCULO O COLUMNA</i>		X
<i>ENFERMEDADES DEL BRAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS, O ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS</i>		X
<i>DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN</i>		X

Véase que conforme se evidencia en la declaración de asegurabilidad se le pregunto de manera explícita si padecía diabetes, artritis y/o tensión arterial alta.

No cabe duda de que, en este caso, la señora María Trinidad Carillo respondió de manera negativa a las preguntas formuladas en la declaración de asegurabilidad respecto a enfermedades que ya le habían sido diagnosticadas previamente, y de las cuales, además, tenía pleno conocimiento, como lo demuestra su historia clínica. En este sentido, las respuestas negativas de la asegurada constituyen una falsa declaración, lo que habilita la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio, resultando en la nulidad del contrato de seguro. La señora Carillo omitió informar sobre sus antecedentes médicos, como diabetes mellitus, hipertensión arterial y artrosis, condiciones que, además, influyeron en su calificación de pérdida de capacidad laboral, determinada en un 81,79% el 02 de noviembre de 2023. Es importante señalar que dichos padecimientos eran conocidos por ella antes de la contratación del seguro, y de haber sido informados oportunamente, mi representada habría optado por no celebrar el contrato o, al menos, habría establecido condiciones mucho más estrictas o onerosas

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que la señora María Trinidad Carillo no informó a mi representada que padecía de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis, lo anterior según historia clínica del año 2009, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador, con lo que queda acreditado que estas patologías son

anteriores al 28 de septiembre de 2017, fecha de su primera declaración de asegurabilidad, fecha en que se suscribió el certificado individual de seguro.

Así entonces veremos cómo los diagnósticos de la asegurada eran anteriores a la fecha de suscripción de la primera declaración de asegurabilidad, tal como se observa a continuación:

- **Hipertensión Arterial**

Tal y como se aprecia en el fragmento que se presenta de la Historia Clínica, la señora María Trinidad Carillo fue diagnosticada -por lo menos, si no fue antes- en el año 2009 con Hipertensión, más de 8 años previos a la solicitud del seguro y diligenciamiento del formulario de asegurabilidad el 28 de septiembre de 2019.

Diagnostico	
DX Ppal:	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
DX Rel1:	E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
DX Rel2:	N390 - INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
Tipo diagnóstico: IMPRESION DIAGNOSTICA Finalidad: No Aplica Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL	
Fecha: 2009-01-30 06:33:00	Med: CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ Especialidad: UROLOGIA Reg: 84008528

Documento: Historia clínica NordVital I.P.S. – Paciente: María Trinidad Carillo

Énfasis del documento: “ *Diagnostico DX Ppal: I10X- HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)*”

“*fecha: 2009-01-30*”

Véase incluso que, posteriormente en el año 2011 el diagnostico anotado en la historia clínica fue hipertensión secundaria:

Diagnostico	
DX Ppal:	I159 - HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA
Tipo diagnóstico: NUEVO CONFIRMADO Finalidad: Deteccion de Alteraciones del Adulto Causa Externa: OTRA	
Fecha: 2011-02-28 19:43:00	Med: VILMA HELANA RAMIREZ LAZARO Especialidad: MEDICINA GENERAL Reg: 921

Documento: Historia clínica NordVital I.P.S. – Paciente: María Trinidad Carillo

Énfasis del documento: “ Diagnostico DX Ppal: I10X- HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)” “*fecha: 2009-01-30*”

Es importante señalar que, según la misma historia clínica, la actora asistía a controles para la revisión de su diagnóstico de hipertensión según se puede evidenciar en anotación en la historia clínica el 28 de febrero de 2011,

Consulta - # Interno: 5060283241		
Profesional: VILMA HELANA RAMIREZ LAZARO - Reg: 921	Fecha I.: 2011-02-28 19:43:00	Fecha F.: 2011-02-28 19:50:00
Especialidad: MEDICINA GENERAL	Sede:	
Motivo de Consulta CONTROL HTA		
Enfermedad Actual CONTROL HTA, TRAE LABORATORIO DE CONTROL, FECHA FEBRERO 2011 NORMALES, ASINTOMATICA Y SIN MEDICACION		

Documento: Historia clínica NordVital I.P.S. – Paciente: María Trinidad Carillo

Énfasis del documento: “Fecha I.: 2011-02-28” “Motivo de consulta: CONTROL HTA”

Incluso a partir de este control se evidencia su toma de medicamentos en relación con la hipertensión arterial:

60036 - LOSARTAN 50 mg (TABLETA) - TABLETA Fecha - 2011-02-28 00:00 - VILMA HELANA RAMIREZ LAZARO Reg: 921	C/D: - Fr: -	#Dosis:60
Nota: 2XDIA Fecha: 2011-02-28 00:00 Prof: VILMA HELANA RAMIREZ LAZARO - Esp : MEDICINA GENERAL		

Documento: Historia clínica NordVital I.P.S. – Paciente: María Trinidad Carillo

Énfasis del documento: “60036 – losartan 50 mg (TABLETA)” “Nota:2XDIA”

Además, en abril de 2024, la paciente tuvo una consulta de urgencias debido a una crisis hipertensiva, un episodio que refleja la complejidad y el riesgo asociado a su padecimiento crónico, evidentemente conocido por ella y omitido en el momento de diligenciar el formulario de asegurabilidad.

Resumen y Comentarios		
PACIENTE ON URGENCIA HIPERTENSIVA, SINTOMATOLOGIA DE BAJA PERFUSION, ACTUALMENTE EN MASJEOS ANTIHIPERTENSIVO CON LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS. PACIENTE SE DECIDE REDIRIGIR A SERVICIO DE URGENCIAS PARA MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVAA.		
Diagnostico		
DX Ppal: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		
Tipo diagnóstico: IMPRESION DIAGNOSTICA	Finalidad: No Aplica	Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Fecha: 2014-04-05 11:33:00 Med: JOSE LUIS GARCIA VILLA Especialidad: MEDICINA GENERAL Reg: 54597		

Documento: Historia clínica NordVital I.P.S. – Paciente: María Trinidad Carillo

Énfasis del documento: “Resumen y comentarios **PACIENTE CON URGENCIA HIPERTENSIVA, SINTOMATOLOGÍA DE BAJA PERFUSIÓN, ACTUALMENTE EN MANEJO ANIHIPERTENSIVO CON LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS. PACIENTE SE DECIDE RESIRIGIR A SERVICIO DE URGENCIAS PARA MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA**”

Interconsultas		
24123	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL
214		
Nota:	CRISIS HIPERTENSIVA. PACIENTE QUE EL DIA DE HOY ACUDE A CITA DE CONSULTA EXTERNA , SE ENCUENTRAN CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS. (180/100). PACIENTE DE REDIRIGE A SERVICIO DE URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA. PACIENTE HIPERTENSA, DIABETICA, CONSUME LOSARTAN 50 MG CADA 12 H, GLIBENCLAMIDA 5 MG DIA.	
Fecha:	2014-04-05 11:33 Prof: JOSE LUIS GARCIA VILLA	

Documento: Historia clínica NordVital I.PS. – Paciente: María Trinidad Carillo

Énfasis del documento: “Nota: **CRISIS HIPERTENSIVA. PACIENTE QUE EL DIA DE HOY ACUDE A CITA DE CINSULTA EXTERNA, SE ENCUENTRAN CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS. (180/100) PACIENTE SE REDIGIGE A SERVICIO DE URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA. PACIENTE HIPERTENSA, DIABETICA, CONSUME LOSARTAN 50MG CADA 12 H, GLIBENCLAMIDA 5 MG DÍA**”

De manera que se demuestra fehacientemente que, con anterioridad al mes de septiembre de 2017, fecha de diligenciamiento del formulario se asegurabilidad y desembolso del crédito la señora María Trinidad Carillo tenía antecedentes de hipertensión alta.

Por otra parte, debe señalarse que la enfermedad la hipertensión arterial tuvo incidencia en la calificación de su pérdida de capacidad laboral dictaminada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Norte de Santander, calificando este diagnóstico o deficiencia con un 87%:

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional				
Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias				
Diagnósticos y origen				
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación			
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			
E039	Hipotiroidismo, no especificado			
R268	Otras anomalías de la marcha y de la movilidad y las no especificadas	Hemiplejía derecha		

Entidad calificador: Junta Regional De Calificación De Invalidez De Norte De Santander
 Calificado: María Trinidad Carrillo García Dictamen: 11202301887 Página 3 de 6

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “Fundamentos para la calificación del origen y/o la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional” “Hipertensión esencial (primaria)”

Deficiencias									
Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva	2	2.6	4		4	NA	87,00%		87,00%
Valor combinado									87,00%

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva” “total 87,00%”

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 Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, sumado a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la hipertensión con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

- **Diabetes mellitus**

De igual manera, se advierte en la historia clínica que la señora María Trinidad Carillo presentaba un

diagnóstico previo a la suscripción del contrato de seguro de diabetes. La primera anotación que se encuentra en la historia clínica parcial de NordVital IPS, respecto de esta enfermedad, es el daño 2009. En esa ocasión se registró lo siguiente:

Diagnostico							
DX Ppal:	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)						
DX Real1:	E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION						
DX Real2:	N390 - INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO						
Tipo diagnóstico:	IMPRESION DIAGNOSTICA	Finalidad:	No Aplica	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Fecha:	2009-01-30 06:33:00	Med:	CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ	Especialidad:	UROLOGIA	Reg:	84008528

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “Dx Real1: E119- DIABETES MELLITUS NO INSULODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION” “Fecha: 2009-01-30”

Adicionalmente, se evidencia en la historia clínica que la señora María Trinidad Carillo estaba recibiendo tratamiento farmacológico para su condición de diabetes. Esta circunstancia refuerza la conclusión de que la paciente tenía pleno conocimiento de su diagnóstico antes del diligenciamiento del formulario de asegurabilidad. La medicación indicada en los registros médicos demuestra que su condición era persistente y que existía un tratamiento activo para manejarla.

Antecedentes Personales		
Patológicos HTA DIABETES MELLITUS Prof: EDWARD ALFONSO SARMIENTO GALAVIS 2021-03-26 18:24:43	Patológicos DM HTA Prof: CAMILO ERNESTO ALVARADO LEON 2021-03-24 06:36:24	Farmacológicos LOSARTAN Prof: CAMILO ERNESTO ALVARADO LEON 2021-03-24 06:36:24
Quirúrgicos ANOTADOS Prof: CAMILO ERNESTO ALVARADO LEON 2021-03-24 06:36:24	Traumatológicos ANOTADOS Prof: CAMILO ERNESTO ALVARADO LEON 2021-03-24 06:36:24	Patológicos DIABETICA E HTA Prof: JULIETH VANESA RIAÑfjÁO PEREZ 2021-03-09 10:46:48
✓ HTA Prof: VILMA HELANA RAMIREZ LAZARO 2011-02-28 19:50:00	Patológicos DIABETES - HTA Prof: VELANDIA RIVEROS SAMUEL HERNANDO 2009-10-07 16:32:00	Farmacológicos LOSARTAN GLIBENCLAMIDA ASA Prof: VELANDIA RIVEROS SAMUEL HERNANDO 2009-10-07 16:32:00
Quirúrgicos CESAREAS 2 Prof: VELANDIA RIVEROS SAMUEL HERNANDO 2009-01-30 18:47:00		

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “FARMACOLÓGICOS: LOSARTAN GLIBENCLAMIDIA ASA” “2009-10-07”

Interconsultas		
24123	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL
214	Nota: CRISIS HIPERTENSIVA. PACIENTE QUE EL DIA DE HOY ACUIDE A CITA DE CONSULTA EXTERNA , SE ENCUENTRAN CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS. (180/100). PACIENTE DE REDIRIGE A SERVICIO DE URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA PACIENTE HIPERTENSA, DIABETICA, CONSUME LOSARTAN 50 MG CADA 12 H, GLIBENCLAMIDA 5 MG DIA.	
Fecha: 2014-04-05 11:33 Prof: JOSE LUIS GARCIA VILLA		

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “PACIENTE HIPERTENSA, DIBAETCA. CONDUME LOSARTAN 50 MG CADA 12 H, GLIBENCLAMIDIA 5 MG DIA” “Fecha: 2014-04-05”

Interconsultas		
24123	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL
214	Nota: CRISIS HIPERTENSIVA. PACIENTE QUE EL DIA DE HOY ACUIDE A CITA DE CONSULTA EXTERNA , SE ENCUENTRAN CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS. (180/100). PACIENTE DE REDIRIGE A SERVICIO DE URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA PACIENTE HIPERTENSA, DIABETICA, CONSUME LOSARTAN 50 MG CADA 12 H, GLIBENCLAMIDA 5 MG DIA.	
Fecha: 2014-04-05 11:33 Prof: JOSE LUIS GARCIA VILLA		

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “PACIENTE HIPERTENSA, DIBAETCA. CONDUME LOSARTAN 50 MG CADA 12 H, GLIBENCLAMIDIA 5 MG DIA” “Fecha: 2014-04-05”

Debe señalarse que este diagnostico también tuvo incidencia en la calificación de la pérdida de capacidad laboral que realizo la Junta Regional de Calificación de Inválidez de Norte de Santander, otorgandole un porcentaje a esta deficiencia de 5%:

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional				
Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias				
Diagnósticos y origen				
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
E119	Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación			
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			
E039	Hipotiroidismo, no especificado			
R268	Otras anomalías de la marcha y de la movilidad y las no especificadas	Hemiplejía derecha		

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “Fundamentos para la calificación del origen y/o la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional” “Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación”

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencias por enfermedades de la tiroides	8	8.6	1			NA	8,00%		8,00%
Deficiencias por diabetes mellitus	8	8.10	1			NA	5,00%		5,00%
Valor combinado									12,60%

Documento: Dictamen de determinación origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional – María Trinidad Carillo García

Énfasis del documento: “Deficiencia por diabetes mellitus” “5,00%”

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 Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, sumado a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia del diagnóstico de diabetes con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

- **Artrosis**

En el formulario de asegurabilidad también se le preguntó a la señora María Carillo Trinidad si había sufrido de artrosis a lo cual su respuesta fue negativa. Sin embargo, de la revisión de la historia clínica se desprende que para el año 2009 presentaba un diagnóstico de esta enfermedad:

Diagnostico					
DX Ppal:	M199 - ARTROSIS, NO ESPECIFICADA				
DX Rel1:	E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION				
DX Rel2:	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)				
Tipo diagnóstico:	IMPRESION DIAGNOSTICA	Finalidad:	No Aplica	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL
Fecha: 2009-10-07 04:15:00	Med: CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ Especialidad: UROLOGIA Reg: 84008528				

Esta omisión resulta relevante, en tanto constituye un antecedente médico significativo que debió ser reportado en el proceso de asegurabilidad. 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 Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de

seguro. Lo anterior, sumado a que, si mi procurada hubiera conocido este diagnóstico de artrosis con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Así las cosas, es evidente que, en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de septiembre de 2017, la señora María Trinidad Carillo García ya padecía de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis, además se encontraba medicada y asistía a controles para tratar las enfermedades, situación que comporta que dichas patologías no eran de difícil recordación para la actora, y que, debió haberlas declarado de manera previa a la formalización del seguro.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular la pregunta de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto la asegurada debió informar, debido a que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces a la asegurada, lo siguiente:

Pregunta	Sí	No
<i>¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?</i>		X
<i>¿Sufre alguna incapacidad física o mental?</i>		X
<i>¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?</i>		X
<i>¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?</i>		X
<i>¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?</i>		X
<i>Trastornos psiquiátricos</i>		X
<i>Parálisis, epilepsia, vértigos, temblores, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso</i>		X
<i>Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino</i>		X
<i>Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna</i>		X
<i>Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades</i>		X

Pregunta	Sí	No
<i>inmunológicas</i>		
<i>Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón</i>		X
<i>Enfermedades renales, cálculos, prostatitis, enfermedades de los riñones</i>		X
<i>Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio</i>		X
<i>Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo</i>		X
<i>Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos</i>		X
<i>Cáncer o tumores de cualquier clase</i>		X
<i>Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades en senos, matriz, ovarios?</i>		X
<i>¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del SIDA? En caso positivo, indique el resultado</i>		X
<u>¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?</u>		X

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente que a pesar de que la señora María Trinidad Carrillo había sido diagnosticada con hipertensión arterial, diabetes y artrosis faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por estas enfermedades específicamente y en ese sentido que, si bien ella padecía de sendas enfermedades, afirmo estar completamente sana.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual: **(i)** la señora María Trinidad Carillo ya contaba con una serie de diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes y artrosis con anterioridad al mes de septiembre de 2017, fecha en la que se diligencio del formulario de asegurabilidad y se perfecciono el contrato de seguro; **(ii)** que la asegurada no informó de manera veraz su estado real de salud al momento de ingresar a la póliza, incurriendo así en reticencia; **(iii)** y que estas patologías son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado.

Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232

de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que la asegurada 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 la asegurada 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.

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 la asegurada omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente de la misma. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones

sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

No obstante lo anterior, debe resaltarse que, en el caso concreto, las enfermedades que la señora María Trinidad Carrillo omitió informar sí tuvieron una incidencia directa en la pérdida de su capacidad laboral, como se expuso previamente. Además, tales patologías resultan relevantes para la aseguradora, en la medida en que, de haber sido conocidas oportunamente, esta probablemente se habría abstenido de celebrar el contrato o, en su defecto, habría establecido condiciones más estrictas o onerosas. Prueba de su relevancia es que fueron expresamente consultadas en el formulario de asegurabilidad, lo cual evidencia su importancia dentro del proceso de evaluación del riesgo.

En consecuencia, es claro que el estado de salud real de la asegurada no coincidía con el riesgo que la aseguradora entendió asumir al momento de la suscripción. Así las cosas, se concluye que dichas omisiones configuran plenamente los presupuestos del artículo 1058 del Código de Comercio, por lo que procede declarar la nulidad del contrato de seguro por reticencia.

En conclusión, la vinculación la señora María Trinidad Carillo a póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 121 0000009011 debe ser declarada nula, en razón de que ocultó información esencial sobre su estado de salud durante la etapa precontractual, omitiendo patologías relevantes como hipertensión arterial, diabetes y artrosis con anterioridad al año 2017. Tales antecedentes le fueron consultados de forma expresa en el formulario de asegurabilidad suscrito el 28 de septiembre de 2017, y, no obstante, fueron

negados de manera deliberada, incurriendo en una clara reticencia. Esta conducta vició el consentimiento de mi representada, quien celebró el contrato bajo el entendimiento de estar asegurando a una persona en aparente buen estado de salud. De haber conocido el verdadero estado clínico del asegurado, la compañía se habría abstenido de suscribir el contrato o, al menos, habría exigido condiciones más onerosas. Por tanto, se configura plenamente la causal de nulidad prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio, siendo procedente su declaración.

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

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DEL ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C.Co señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

En otras palabras, la norma es muy clara al **(i)** deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y **(ii)** establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.”

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁵.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado

⁵ 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.”

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 fundamentales⁶. 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 conocer⁷”. (Subrayado fuera del texto original)

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

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)⁸

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar

⁶ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁷ 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.

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez.

la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez⁹, 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)

⁹ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”¹⁰
(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 contrato como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la

¹⁰ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 el contrato, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado fuera del texto original)

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

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

3. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Resulta fundamental resaltar que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede interpretarse hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas fuera del texto)*.¹¹

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

¹¹ 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.

2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹², expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

*“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», **ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración», aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».**” (Subrayas fuera del texto original).*

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

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

¹² Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que **(i)** el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y **(ii)** que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrarlos, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dichos contrato sean declarados nulos por el juez competente.

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que este 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. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

En conclusión, dado que la señora María Trinidad Carillo fue reticente en el momento del perfeccionamiento de su seguro, esto es, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus diagnósticos de diabetes, hipertensión arterial y artrosis, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

5. CUMPLIMIENTO AL DEBER DE INFORMACIÓN POR PARTE DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. dio estricto cumplimiento al deber de información respecto de las condiciones de asegurabilidad de las pólizas adquiridas por la señora María Trinidad Carillo en razón a que de forma cierta, suficiente, clara y oportuna le señaló a la consumidora financiera lo relacionado con su declaración de estado de salud y asimismo entregó copia de la póliza y condiciones particulares y

generales de las mismas, en donde por una parte se especificó la vigencia del seguro y segundo a que correspondían los amparos, aunado a ello, lo concerniente a deber que le asiste como asegurada de declarar el verdadero estado de su salud en la declaración de asegurabilidad proporcionada, es decir que de forma transparente el demandante pudo conocer los alcances del seguro.

Para los anteriores efectos, es importante que se tenga en cuenta lo preceptuado en el literal C del artículo 2 de la Ley 1328 de 2009:

“c) Transparencia e información cierta, suficiente y oportuna. Las entidades vigiladas deberán suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas.”

Por otra parte, se debe tener en cuenta lo señalado por la Delegatura para Funciones jurisdicciones de la Superintendencia Financiera:

Deber de información en el contrato de seguro. El consumidor debe recibir información cierta, veraz y oportuna, a fin de menguar el desequilibrio existente entre las entidades financieras y aseguradoras con el consumidor financiero.¹³

Para el caso en concreto, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. cumplió con el deber de información, pues se señaló al asegurado de forma clara, oportuna y transparente lo referente a las condiciones de asegurabilidad.

Mi representada cumplió con el deber de información que la asiste, puesto que, los funcionarios que comercializan los seguros de vida reciben capacitaciones y llevan a cabo un procedimiento a fin de que el asegurado reciba toda la información respecto del seguro de vida que adquiere, lo cual se corroboró por cuanto la misma asegurada indicó haber sido asesorada en todo lo relacionado con el seguro, confirmando esto mediante la firma en la declaración de asegurabilidad y lo manifestado en el hecho quinto del escrito de demanda.

¹³ Sentencia de la Superintendencia Financiera de Colombia del 07 de febrero de 2019 Exp. 2018-1205 Rad. 2018079255.

Véase que la señora María Trinidad Carillo firmó de manera libre y voluntaria la declaración de asegurabilidad en la cual justo debajo de su firma consta que recibió la información relativa al producto de forma clara y completa; y que además el clausulado con las condiciones generales de la póliza están a su disposición a través del canal digital habilitado para ello, véase:

de pago elegida.

FIRMA DEL SOLICITANTE

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA. QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Bogotá el 28 de set de 17

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 800 228 098-4

Denominación para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 15 No. 96 - 65 Teléfono 2191100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 01 8000934120 y en Bogotá 3078080
Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385 e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

Documento: Declaración de asegurabilidad diligenciada por Maria Trinidad Carillo el 28 de septiembre de 2017

Énfasis del documento: “el clausulado con las condiciones generales de la póliza están a su disposición a través de la página www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co”
“CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA. QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO”

Por lo cual no puede dejarse de lado que la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. De lo que se desprende, que la obligación de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o piensan adquirir, está también en cabeza de los consumidores financieros; y en el caso concreto a pesar de que la información, se entregó la documentación pertinente como consta con la firma de la actora y se indicó el canal habilitado para consultar las condiciones del seguro.

En conclusión, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. cumplió cabalmente con sus

obligaciones legales y contractuales en cuanto a la entrega de información al asegurado. La señora María Trinidad Carillo fue debidamente informada sobre las condiciones del seguro, y aceptó de manera libre y voluntaria las mismas, firmando la declaración de asegurabilidad que certifica que recibió la información de forma clara y completa. Además, la entidad proporcionó los canales digitales para que la consumidora pudiera consultar las condiciones generales de la póliza en cualquier momento. Por otro lado, la Ley 1328 de 2009 establece que corresponde también a los consumidores financieros informarse adecuadamente sobre los productos que adquieren. En este caso, la señora Carillo tuvo acceso a toda la información necesaria y fue plenamente consciente de su responsabilidad en revisar los términos del seguro. En consecuencia, no se puede considerar que la entidad haya incumplido con el deber de información.

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

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

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

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

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

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

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

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

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

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”¹⁴ (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

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

7. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

E. 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 este 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 este 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.

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

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

En este punto es preciso resaltarle al despacho que, en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurado en las pólizas. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

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

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.¹⁵ (...)

Como se observa, las pólizas de seguro de vida deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que

¹⁵ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

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.¹⁶

(...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mi representada. Situación que debe ser 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 las pólizas de seguro.

F. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita el día 28 de septiembre de 2017 suscrita por la señora María Trinidad Carrillo vinculada a la obligación financiera número 0013-0321-10-9602344937.

¹⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

- 1.2. Condicionado General del contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
- 1.3. Certificado de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 121 0000009011
- 1.4. Detalle de movimientos de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 121 0000009011
- 1.5. Objeción de BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. emitida el 21 de diciembre de 2023.
- 1.6. Derecho de petición dirigido a NordVital IPS.
- 1.7. Derecho de petición dirigido a la Junta Regional de Calificación de Norte de Santander
- 1.8. Derecho de petición dirigido a la NUEVA EPS SA

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte de la señora **MARIA TRINIDAD CARRILLO GARCIA**, 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.

La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **JAVIER VELOZA**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora María Trinidad Carillo García. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y

generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora MARIA TRINIDAD CARILLO GARCÍA, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

- 4.2.** Solicito se sirva citar a la doctora DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO identificada con cedula de ciudadanía No. 1.085.324.490, 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 Vida Grupo Deudores No. 02 121 0000009011. 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 Cra 11 A No. 94A – 23 oficina 201, en la ciudad de Bogotá D.C. o al correo electrónico lopezromerodc@hotmail.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar a la señora MARIA TRINIDAD CARILLO GARCÍA para que exhiba en la audiencia respectiva su historia clínica correspondiente al periodo comprendido entre el año 2009 a 2017.

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

- 5.2.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **NordVital I.P.S.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora MARIA TRINIDAD CARRILLO GARCÍA correspondiente al periodo que va desde el año 2009 hasta el año 2017. La Historia Clínica y el historial de incapacidades desde el año 2009 al 2017 se encuentra en poder de la mencionada entidad como quiera que presto atención médica al demandante. Lo anterior se puede constatar con el fragmento de la historia clínica que se aportó al expediente.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Carillo sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad.

NordVital IPS puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalcliente@nordvitalips.com

- 5.3.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **LA NUEVA EPS SA** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora MARIA TRINIDAD CARRILLO GARCÍA correspondiente al periodo que va desde el año 2009 hasta el año 2017. La Historia Clínica y el historial de incapacidades desde el año 2009 al 2017 se encuentra en poder de la mencionada entidad como quiera que presto atención médica al demandante. Lo anterior se puede constatar en atención a que en el ADRES se encuentra afiliada a la NUEVA EPS SA.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Carillo sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad.

LA NUEVA EPS SA puede ser notificada a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NORTE DE SANTANDER** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, certificación donde conste si aquella calificó la pérdida de capacidad laboral de la señora MARIA TRINIDAD CARILLO GARCIA identificada con cédula de ciudadanía No. 13.471.796, en que a su vez conste los motivos de calificación y por quien fue solicitada. Además, que exhiba el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido respecto de la señora CARILLO, así como toda la documentación que de ella repose en dicha entidad.

El dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NORTE DE SANTANDER** se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de Calificar en alguna oportunidad a la señora Carillo y por ende quien puede suministrar la documentación solicitada.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar si la señora ya tenía una calificación previa y las enfermedades que fueron valoradas para saber si antes del aseguramiento aquel ya conocía de su estado de salud que lo llevaría a ser calificado por comprensiones en la forma que lo hizo.

La **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NORTE SANTANDER** puede ser notificada a través de los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@jrcins.co correspondenciaynotificaciones2@jrcins.co

6. OFICIOS.

- 6.1. Ruego se oficie a **NordVital I.P.S.**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora **MARIA TRINIDAD CARILLO GARCIA**, así como su historial de incapacidades correspondiente al periodo que va desde el año 2009 al año 2017. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que prestó asistencia médica a la demandante. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada al proceso.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora CARILLO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

NordVital IPS puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalcliente@nordvitalips.com

- 6.2. Ruego se oficie a **NUEVA EPS SA** para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora **MARIA TRINIDAD CARILLO GARCIA**, así como su historial de incapacidades correspondiente al periodo que va desde el año 2009 al año 2017. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que prestó asistencia médica a la demandante. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada al proceso.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora CARILLO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

NUEVA EPS SA puede ser notificada a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

- 6.3.** Ruego se oficie a JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NORTE DE SANTANDER para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia de una certificación donde conste si aquella calificó la pérdida de capacidad laboral la señora MARIA TRINIDAD CARILLO GARCIA identificad con cédula de ciudadanía No. 13.471.769, en la que a su vez conste los motivos de calificación y por quien fue solicitada. Además que exhiba el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido respecto de la señora CARILLO así como toda la documentación que de ella repose en dicha entidad.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora CARILLO sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

La JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NORTE SANTANDER puede ser notificada a través de los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@jrcins.co correspondenciaynotificaciones2@jrcins.co

7. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA las patologías de la señora MARIA TRINIDAD CARILLO GARCÍA se hubiera retraído de otorgar el amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica

y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso.

Término que deberá iniciar una vez sea decretado, ya que no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

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

G. ANEXOS

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

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

H. NOTIFICACIONES

- La parte actora en el lugar indicado en la demanda.
- Mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. VIDA S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C., correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com
- Al suscrito en la Carrera 11A No.94A-23 Of. 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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