

Señores

JUZGADO SEXTO (6°) CIVIL MUNICIPAL DE CÚCUTA.

jcivmcu6@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL SUMARIO
DEMANDANTE: OMAR SEBASTIAN VILLAMIZAR VILLAMIZAR
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
RADICADO: 540014003006-2025-00461-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

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

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO 1: Es cierto que la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) adquirió con el Banco BBVA Colombia S.A. la obligación N.º 0013-0158-60-9623893427 asociada al seguro vida grupo deudores expedido por mi representada. Dicho seguro tenía como finalidad pagar el saldo insoluto del crédito en favor del Banco en caso de presentarse la muerte o la incapacidad total y permanente de la asegurada, tal como consta en los documentos allegados al proceso.

No obstante, desde este momento se advierte que no hay lugar a la activación del amparo de la póliza, ni tampoco a la obligación de pago por parte de mi representada, en tanto la señora Villamizar Ramírez

incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el día 24 de agosto de 2021. En dicho documento, la asegurada negó expresamente padecer hipertensión arterial, pese a que había sido diagnosticada con hipertensión esencial primaria desde el 3 de julio de 2020, situación que estaba plenamente identificada en su historia clínica y que motivó su ingreso al programa de pacientes crónicos hipertensos el 18 de agosto de 2020.

FRENTE AL HECHO 2: No me consta, dado que se trata de circunstancias ajenas al conocimiento directo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. En todo caso, y sin perjuicio de lo anterior, corresponde a la parte actora acreditar debida y suficientemente los hechos que alega, con apoyo en medios de prueba conducentes, útiles y pertinentes, dentro de las oportunidades procesales establecidas para ello.

FRENTE AL HECHO 3: Es parcialmente cierto. Si bien la póliza Seguro de Vida Grupo Deudores fue efectivamente suscrita con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el día 24 de agosto de 2021 amparando la cobertura del saldo insoluto en caso de fallecimiento del asegurado, lo cierto es que, en el presente caso, no hay lugar a la afectación de dicha póliza, por cuanto mi representada no tuvo la posibilidad real de estructurar válidamente su consentimiento, ni de valorar de forma adecuada el estado del riesgo al que se sometía, dado que la información declarada en el formulario de asegurabilidad no correspondía a la realidad de su condición médica.

En efecto, al ser interrogada expresamente sobre antecedentes de hipertensión arterial, la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) respondió de forma negativa, pese a tener conocimiento pleno de que padecía hipertensión esencial primaria desde el 3 de julio de 2020, condición médica que se encontraba bajo seguimiento y control clínico permanente, como lo evidencia su ingreso al programa de pacientes crónicos hipertensos el 18 de agosto de 2020. Esta omisión configura una reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, que faculta a esta parte a invocar la nulidad relativa del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO 4: No me consta, dado que se trata de circunstancias ajenas al conocimiento directo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., relacionadas con el estado clínico de la asegurada en el período previo a su fallecimiento. En todo caso, y sin perjuicio de lo anterior, corresponde a la parte actora acreditar debida y suficientemente los hechos que alega, con apoyo en medios de prueba conducentes, útiles y pertinentes, dentro de las oportunidades procesales establecidas para ello.

Ahora bien, se destaca que, pese a que la causa directa del fallecimiento no guarda relación de causalidad con la patología de hipertensión esencial primaria, no declarada por la asegurada, ello no impide a esta parte invocar válidamente la nulidad relativa del contrato de seguro, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Lo mencionado, pues lo que se sanciona no es la relación entre el evento y la enfermedad omitida, sino el acto mismo de reticencia, entendido como la omisión o distorsión de información relevante para la evaluación del riesgo, lo cual impidió a mi representada estructurar adecuadamente su consentimiento y valorar su eventual exposición al momento de celebrar el contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO 5: Es cierto. En todo caso, es importante precisar que le asiste pleno derecho a mi representada para objetar la solicitud presentada por el tomador y beneficiario de la póliza Banco BBVA Colombia S.A., puesto que tal objeción se fundamentó en el análisis de la historia clínica de la asegurada, en la cual se evidencia que desde el 3 de julio de 2020 fue diagnosticada con hipertensión esencial primaria, motivo por el cual fue ingresada al programa de pacientes crónicos hipertensos el 18 de agosto de 2020 y sometida a seguimiento clínico continuo:

ATENCION DE CONSULTA MEDICA DE PROGRAMAS ESPECIALES			
DATOS DE INSCRIPCION EN EL PROGRAMA			
Paciente en Programa de Hipertension			
Hipertension	Clasificacion del Riesgo	BAJO	Tipo Dx. NUEVO 2020-07-03
Profesional : EDWARD JOSE POSO PEDROZO Registro: 1093742806 Fecha : 03/07/2020 17:05 Sede : UT VIHONCO - AV GRAN COLOMBIA Especialidad : MEDICINA GENERAL Motivo de Consulta: PARA EL CONTROL Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA, QUIEN INGRESA AL SERVICIO REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR PRESENTAR CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, AL MOMENTO DEL INGRESO NO TRAE AFINAMIENTO DE CIFRAS TENSIONALES, CON CIFRAS TENSIONALES ACTUALES EN 134/82 MMHG, ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR, REFIERE NO ESTAR TOMANDO ANTIHIPERTENSIVO ACTUALMENTE.			

Documento: Historia Clínica **Bertha Villamizar Ramírez** de 3/07/2020

eps

PROGRAMA HIPERTENSION - Control # 1 // Entidad: NUEVA E.P.S

Hipertensión	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2020-07-03
--------------	--------------------------	----------	--------------------------------

Profesional : EDWARD JOSE POSO PEDROZO Registro: 1093742806 Fecha : 18/08/2020 14:22 Sede : UT VIHONCO - AV GRAN COLOMBIA

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: **PARA EL CONTROL**

Enfermedad Actual: **PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HTA EN TTO. INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN FAMILIAR AL SERVICIO PARA VALORACION Y CONTROL DE SU PATOLOGIA DE BASE, ACTUALMENTE ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA ESPECIAL, TRAE PARACLINICOS DE CONTROL.**

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional : EDWARD JOSE POSO PEDROZO Registro: 1093742806 Fecha : 18/08/2020 14:22

* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad General**

Documento: Historia Clínica Bertha Villamizar Ramírez de 18/08/2020

Pese a ello, al momento de firmar la declaración de asegurabilidad del 24 de agosto de 2021, la asegurada fue requerida expresamente mediante la pregunta: “¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, EPOC, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?”, ante la cual respondió marcando la casilla correspondiente a “No”, omitiendo declarar una patología médica relevante, conocida por ella y clínicamente diagnosticada con anterioridad.

Tal circunstancia configura, para esta parte, un claro caso de reticencia, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, pues se omitió información determinante que impidió a la aseguradora valorar adecuadamente el estado real del riesgo asegurado al momento de celebrar el contrato. En consecuencia, mi representada se encuentra plenamente facultada para invocar la nulidad relativa del contrato de seguro, y rechazar la solicitud formulada, por haber sido estructurada sobre una base fáctica incompleta e inexacta.

FRENTE AL HECHO 6: No me consta, pues se trata de una situación ajena al conocimiento directo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., toda vez que el proceso ejecutivo referido fue adelantado por el Banco BBVA Colombia S.A., el cual, aunque figura como tomador y beneficiario del contrato de seguro, es una persona jurídica distinta, autónoma e independiente de esta aseguradora. Por tanto, mi representada no puede pronunciarse sobre las motivaciones, pretensiones o fundamentos procesales que llevaron al banco a iniciar dicho trámite judicial.

En todo caso, corresponderá a la parte actora acreditar los hechos que afirma mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y oportunamente allegados.

FRENTE AL HECHO 7. No me consta, y en tal sentido, corresponderá a la parte actora acreditar su afirmación mediante los medios de prueba pertinentes, útiles y conducentes en la oportunidad procesal debida. En todo caso resulta valido precisar que el proceso ejecutivo fue promovido por el Banco BBVA Colombia S.A., entidad que, si bien fue tomadora y beneficiaria de la póliza de seguro, es completamente distinta, en términos jurídicos y operativos de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. En ese sentido, esta aseguradora no tuvo participación ni conocimiento directo en la solicitud, adopción o levantamiento de medidas cautelares dentro de dicho trámite judicial, por lo cual no le es posible pronunciarse sobre los fundamentos, circunstancias o efectos de dichas actuaciones.

FRENTE AL HECHO 8. Es parcialmente cierto. Si bien obra en el plenario constancia de la objeción formulada por mi representada, en respuesta a la solicitud presentada por el tomador y beneficiario del seguro, se desconocen los motivos personales que llevaron al actor a comunicarse con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,

FRENTE AL HECHO 9. No le consta a esta parte el vínculo de parentesco que el actor afirma tener con la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.), por lo que cualquier afirmación en ese sentido deberá ser acreditada conforme a lo previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia de que, conforme a lo indicado en el certificado individual de seguro, la asegurada fue informada de las condiciones del contrato de seguros desde el momento en que suscribió la declaración de asegurabilidad.

FRENTE AL HECHO 10: No me consta. En tal sentido, corresponderá a la parte actora acreditar su afirmación mediante los medios de prueba pertinentes, útiles y conducentes, dentro de la oportunidad procesal establecida para ello. Ahora bien, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no tiene conocimiento del pago que el actor afirma haber realizado a la entidad financiera BBVA Colombia S.A., ni está en posibilidad de verificarlo, por cuanto se trata de personas jurídicas distintas, autónomas e independientes entre sí. La aseguradora no tiene injerencia alguna en los acuerdos de pago, gestiones judiciales o extrajudiciales que el actor haya suscrito con el banco, tomador y beneficiario exclusivo del seguro. En consecuencia, ninguna consecuencia jurídica puede derivarse frente a esta parte con ocasión de dicho pago.

FRENTE AL HECHO 11: Es cierto.

FRENTE AL HECHO 12: No me consta. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar debidamente este hecho en la oportunidad procesal correspondiente, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducente. No obstante, es necesario precisar que mi representada no está llamada en modo alguno a indemnizar eventuales perjuicios derivados de la promesa de compraventa mencionada, por cuanto la finalidad de la póliza de seguro de vida grupo deudores suscrita con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. era exclusivamente amparar el saldo insoluto de la obligación crediticia en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES.

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Lo anterior, debido a que el aseguramiento de la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) debe ser declarado nulo, conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia en la que incurrió al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, omitiendo información relevante sobre su estado de salud, lo cual vicia el consentimiento otorgado por la aseguradora y exonera de toda obligación indemnizatoria.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1: ME OPONGO, por cuanto no se configura incumplimiento alguno del contrato de seguro por parte de mi representada. En efecto, la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores no opera de pleno derecho con la sola ocurrencia del fallecimiento del asegurado, sino que su cobertura está condicionada al cumplimiento de los requisitos y condiciones pactadas contractualmente, entre ellas, la veracidad de la información consignada en la declaración de asegurabilidad, documento esencial en la estructuración del consentimiento del asegurador.

En el presente caso, ha quedado acreditado que la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.), al firmar la declaración de asegurabilidad el día 24 de agosto de 2021, omitió declarar que padecía hipertensión esencial primaria, condición que había sido diagnosticada desde el 3 de julio de 2020 y respecto de la cual se encontraba bajo seguimiento clínico regular, conforme se evidencia en su historia médica. Este

comportamiento constituye reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, lo cual vicia el consentimiento del asegurador e impide la validez del contrato, habilitando a mi representada a invocar la nulidad relativa del mismo. Por lo tanto, la negativa de cobertura no obedece a un incumplimiento contractual, sino a la acreditación de un supuesto de hecho que impide la producción de efectos jurídicos del contrato de seguro por falta de cumplimiento de los deberes precontractuales por parte del asegurado.

En segundo lugar, debe resaltarse que el señor Omar Sebastián Villamizar Villamizar carece de legitimación en la causa por activa para reclamar cualquier prestación derivada del contrato de seguro, toda vez que no figura como tomador, asegurado ni beneficiario en el Certificado Individual de Seguro Vida Grupo Deudores. Además, no obra en el expediente prueba alguna que acredite un eventual vínculo sucesoral con la asegurada Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.), ya que no se allegó registro civil de nacimiento ni documento idóneo que permita inferir su calidad de heredero o causahabiente legítimo.

Adicionalmente, la acción presentada por el actor se encuentra prescrita, conforme al artículo 1081 del Código de Comercio. El fallecimiento de la asegurada ocurrió el 21 de marzo de 2023, y aunque el término prescriptivo se suspendió durante siete (7) días por cuenta de la audiencia de conciliación, el plazo definitivo vencía el 28 de marzo de 2025. No obstante, la demanda fue radicada el 11 de abril de 2025, es decir, fuera del término legal. No obra prueba de requerimiento alguno por parte del actor que hubiera podido interrumpir el término prescriptivo, razón por la cual la acción resulta jurídicamente improcedente por haber operado la prescripción.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO por cuanto constituye una solicitud consecencial de la pretensión principal, cuyo fundamento es la supuesta configuración de responsabilidad contractual por parte de mi representada. En tanto dicha pretensión principal está llamada a fracasar por las razones ampliamente desarrolladas, esto es, por inexistencia de incumplimiento contractual, falta de legitimación en la causa por activa, y prescripción de la acción, resulta improcedente acceder a esta solicitud accesoria, de suerte que las pretensiones consecenciales dependen necesariamente del éxito de la principal. Así las cosas, al no prosperar el supuesto incumplimiento contractual que se invoca como causa de la indemnización pretendida, carece de sustento jurídico cualquier condena derivada de él.

Además, esta pretensión no está llamada a prosperar, por cuanto no le asiste derecho al actor para exigir el reintegro de suma alguna por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dado que no ostenta la calidad de asegurado ni de beneficiario a título oneroso dentro del Contrato de Seguro Vida Grupo

Deudores. Se reitera que la finalidad de dicha póliza es proteger exclusivamente el interés patrimonial de la entidad financiera tomadora Banco BBVA Colombia S.A., frente al riesgo de muerte o incapacidad total y permanente del deudor asegurado, y no cubrir ni garantizar intereses personales o patrimoniales de terceros, como lo es el señor Omar Sebastián Villamizar Villamizar, quien no tiene vinculación jurídica con el contrato asegurador que pretende afectar.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO en la medida en que no existe obligación de pago en cabeza de la aseguradora, por haberse configurado una causal de nulidad relativa del contrato de seguro, con fundamento en la reticencia del asegurado al momento de firmar la declaración de asegurabilidad, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio.

Adicionalmente, me opongo a cualquier condena por concepto de intereses, en tanto la acción ejercida por la parte demandante se encuentra prescrita. Como ha sido expuesto, el término bienal de prescripción previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio se encontraba vencido al momento de presentación de la demanda. En consecuencia, al estar extinguida la acción principal por el paso del tiempo, tampoco procede el reconocimiento de prestaciones accesorias como los intereses, toda vez que estos dependen necesariamente de la existencia de una obligación principal exigible, lo que en el presente caso no concurre.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 4: ME OPONGO por cuanto es meramente consecencial de la pretensión principal de condena por presunto incumplimiento contractual. Siendo así, al no prosperar dicha pretensión principal, por ausencia de incumplimiento, falta de legitimación en la causa, prescripción de la acción y existencia de causal de nulidad relativa del contrato, esta pretensión accesoria necesariamente debe ser desestimada.

En todo caso, la solicitud de indemnización por concepto de perjuicios morales resulta jurídicamente improcedente, en tanto se trata de un daño inmaterial que, conforme al artículo 1616 del Código Civil, reviste el carácter de imprevisible y solo es reparable cuando se demuestra inequívocamente la existencia de una conducta dolosa por parte del supuesto incumplido. En el presente caso, tal circunstancia no ha sido ni alegada con claridad ni acreditada en lo más mínimo. Por el contrario, ha quedado demostrado que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. actuó conforme al ordenamiento jurídico y a las condiciones pactadas, ejerciendo legítimamente su derecho a objetar la solicitud indemnizatoria con base en la reticencia de la asegurada. Por tanto, no puede hablarse de una conducta maliciosa ni de un perjuicio

moral cierto, concreto y jurídicamente indemnizable.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 5: ME OPONGO y en todo caso esta pretensión no podrá ser tenida en cuenta, dado que no se plasmo en el escrito de subsanación de demanda.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DENOMINADO

La parte demandante ha estimado un valor total de \$25.255.679, suma que pretende se reconozca con fundamento en el contrato de seguro suscrito por la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.). Sin embargo, dicha estimación resulta abiertamente improcedente y carente de sustento fáctico y jurídico, por cuanto el seguro de vida grupo deudores tiene como única finalidad amparar el interés asegurable del tomador del contrato, esto es, la entidad financiera, y no contempla cobertura alguna frente a terceros no beneficiarios no onerosos, como lo es el actor en este proceso. En efecto, el único beneficiario a título oneroso designado en la póliza es BBVA Colombia S.A. en un 100%, conforme consta en el certificado individual de seguro.

En esa medida, cualquier reconocimiento económico derivado del contrato de seguro está supeditado a la ocurrencia de un siniestro válido y a la verificación del cumplimiento de las condiciones de cobertura previstas contractualmente, incluyendo la veracidad de la información suministrada por el asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. En el caso que nos ocupa, la aseguradora ejerció en debida forma su facultad legal de objetar la solicitud presentada, sustentando tal decisión en la reticencia incurrida por la asegurada, quien omitió declarar una condición médica preexistente, hipertensión esencial primaria diagnosticada desde el 3 de julio de 2020, a pesar de estar bajo control médico continuo y de haber sido interrogada expresamente al respecto.

Por tanto, no solo carece de legitimación el actor para solicitar indemnización con cargo a una póliza de la que no es parte ni beneficiario oneroso, sino que, además, no se encuentra acreditado el evento reclamado, habida cuenta de la nulidad relativa del contrato por vicio en la declaración del estado del riesgo, conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Adicionalmente, es preciso señalar que en el expediente no obra prueba que permita establecer con certeza cuál era el saldo insoluto de la obligación crediticia al momento del fallecimiento de la asegurada, evento que constituye el siniestro. Esta omisión probatoria impide determinar la cuantía exacta que

eventualmente estaría amparada por el seguro y, por tanto, impide cualquier condena en contra de mi representada. Aceptar una condena sin claridad sobre el valor del saldo adeudado a la fecha del siniestro supondría desbordar los límites del amparo pactado contractualmente, cuyo alcance se restringe al pago del capital pendiente más los intereses corrientes causados hasta la fecha de ocurrencia del evento cubierto.

Por lo expuesto, el juramento estimatorio presentado por la parte demandante resulta improcedente, al no cumplir con los requisitos probatorios exigidos por la normativa procesal, siendo motivo suficiente para su objeción.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

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

En el presente caso, la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) suscribió con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la póliza de seguro de vida grupo deudores asociada a la obligación crediticia adquirida con el Banco BBVA Colombia S.A., identificada con el número 00130158009623893427. Para tal efecto, la señora Villamizar firmó la declaración de asegurabilidad el día 24 de agosto de 2021, documento que tiene como propósito esencial permitir a la aseguradora conocer de forma cierta y veraz el estado del riesgo asumido. En ese sentido, la declaración incluye un conjunto de preguntas expresas relacionadas con las condiciones de salud del solicitante, dentro de las cuales se encuentra una específica encaminada a establecer si el proponente padecía o había padecido hipertensión arterial. Frente a dicha pregunta, la señora Bertha Villamizar respondió negativamente, es decir, manifestó no haber sufrido dicha condición médica.

Sin embargo, de acuerdo con la historia clínica allegada al proceso se advierte que la señora Villamizar Ramírez fue diagnosticada por primera vez con hipertensión esencial primaria el día 3 de julio de 2020, y posteriormente fue ingresada al programa de pacientes hipertensos el 18 de agosto de 2020, continuando en control médico permanente por dicha condición hasta su fallecimiento en marzo de 2023. Tal situación evidencia que, al momento de firmar la declaración de asegurabilidad, la asegurada omitió de manera consciente información relevante sobre su estado de salud, configurándose así una clara reticencia, entendida como el silencio o la inexactitud sobre circunstancias que influían en la apreciación del riesgo

por parte del asegurador, lo cual faculta a esta parte a invocar la nulidad del contrato de seguro conforme a lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

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 uberrima 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

En el presente caso, resultaría jurídicamente inviable atribuir a mi representada la asunción del riesgo cuando fue la propia asegurada (q.e.p.d) quien, con pleno conocimiento de sus condiciones de salud, omitió declararlas en la etapa precontractual, incumpliendo así su deber de información.

Es preciso señalar que la reticencia no solo ha sido ampliamente desarrollada por la doctrina, sino que también ha sido objeto de consolidación jurisprudencial, estableciendo con claridad los efectos de la omisión en la formación del contrato de seguro. En este sentido, tanto la normativa vigente como la interpretación judicial han reafirmado que el incumplimiento de la obligación de declarar con veracidad el estado del riesgo vicia la contratación del seguro y exime a la aseguradora de su obligación indemnizatoria.

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.

La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y que esta omisión o falta, de haber sido conocida por el Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

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

En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora y de esta manera, la Aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado y que, en consecuencia,

de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

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

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

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

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

suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

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

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

*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” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

⁴ 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.
CSER

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 de los contratos de seguros, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que el Aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que los contratos de seguros se celebren 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 el Aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo expuesto lo anterior, corresponde aplicar la teoría de la reticencia al caso concreto. En este sentido, la señora Bertha Villamizar Ramírez (q.e.p.d) se encontraba amparada bajo la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Como parte del proceso de aseguramiento, la asegurada firmó la declaración de asegurabilidad, instrumento compuesto por preguntas claras y específicas, cuyo objetivo es permitir a la aseguradora conocer con veracidad el estado de salud del solicitante y en consecuencia, valorar adecuadamente el riesgo objeto de cobertura.

Como se detalla en la imagen que se cita a continuación, la declaración de asegurabilidad utilizada en el proceso de suscripción de la póliza incluye un conjunto de preguntas orientadas a determinar el estado de salud de los potenciales asegurados, con el fin de conocer las condiciones físicas y médicas con las que ingresan a un seguro del ramo de vida. En este sentido, se desplegó un cuestionario que contenía, entre otras, la siguiente pregunta formulada de manera expresa: “¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, EPOC, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?” A dicha pregunta, la asegurada respondió marcando con una “X” la casilla correspondiente a “No”.

Adicionalmente, el formulario dispuso de un espacio en blanco para que la solicitante pudiera detallar cualquier otra afección o condición de salud no listada expresamente en el cuestionario, permitiendo así a la aseguradora acceder a información completa y veraz sobre el riesgo a suscribir. Sin embargo, dicho espacio fue dejado en blanco por la asegurada, sin incluir observación o advertencia alguna.

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				SI	No
Estatura	1.65	cms	Peso	92	Kg
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?					X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?					X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					

Documento: Declaración de asegurabilidad M026300110236203219623893427 de 24 de agosto de 2021

Dicha manifestación resulta totalmente contraria a la realidad, pues para la fecha en que la señora **Bertha Villamizar Ramírez** (q.e.p.d) suscribió la declaración de asegurabilidad, esto es, el 24 de agosto de 2021, ya se encontraba diagnosticada con una condición médica expresamente prevista en la pregunta

formulada. En efecto, conforme a la historia clínica, el 3 de julio de 2020, durante una cita de valoración con medicina general, se registró un diagnóstico nuevo de hipertensión esencial primaria, tras presentar cifras tensionales elevadas. Por tal motivo, la paciente fue remitida al programa de atención especial para enfermedades crónicas desde el 18 de agosto de 2020 el cual implicó un seguimiento clínico mediante citas periódicas de control dentro del programa de hipertensión.

eps

ATENCION DE CONSULTA MEDICA DE PROGRAMAS ESPECIALES

DATOS DE INSCRIPCION EN EL PROGRAMA

Paciente en Programa de Hipertension			
Hipertension	Clasificacion del Riesgo	BAJO	Tipo Dx. NUEVO 2020-07-03

Profesional : EDWARD JOSE POSO PEDROZO Registro: 1093742806 Fecha : 03/07/2020 17:05 Sede : UT VIHONCO - AV GRAN COLOMBIA

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: **PARA EL CONTROL**

Enfermedad Actual: **PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA, QUIEN INGRESA AL SERVICIO REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR PRESENTAR CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, AL MOMENTO DEL INGRESO NO TRAE AFINAMIENTO DE CIFRAS TENSIONALES, CON CIFRAS TENSIONALES ACTUALES EN 134/82 MMHG, ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR, REFIERE NO ESTAR TOMANDO ANTIHIPERTENSIVO ACTUALMENTE.**

Documento: Historia Clínica **Bertha Villamizar Ramírez** de 3/07/2020

eps

PROGRAMA HIPERTENSION - Control # 1 // Entidad: NUEVA E.P.S

Hipertensión	Clasificacion del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2020-07-03
--------------	--------------------------	----------	--------------------------------

Profesional : EDWARD JOSE POSO PEDROZO Registro: 1093742806 Fecha : 18/08/2020 14:22 Sede : UT VIHONCO - AV GRAN COLOMBIA

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: **PARA EL CONTROL**

Enfermedad Actual: **PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HTA EN TTO. INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN FAMILIAR AL SERVICIO PARA VALORACION Y CONTROL DE SU PATOLOGIA DE BASE, ACTUALMENTE ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA ESPECIAL, TRAE PARACLINICOS DE CONTROL.**

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional : EDWARD JOSE POSO PEDROZO Registro: 1093742806 Fecha : 18/08/2020 14:22

* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad General**

Documento: Historia Clínica **Bertha Villamizar Ramírez** de 18/08/2020

El comportamiento de la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) al firmar la declaración de

asegurabilidad no puede entenderse como un acto inocente ni restarse importancia bajo la idea de que se trataba de un simple trámite, cuando dicha declaración, en seguros de grupo vida deudores, constituye un instrumento esencial para la evaluación del riesgo por parte de la aseguradora. No es admisible haber faltado a la verdad en un documento cuya finalidad es revelar el estado real de salud del solicitante, ni puede alegarse desconocimiento de una enfermedad respecto de la cual fue diagnosticada y sometida a controles médicos desde el año 2020. Tampoco puede desvirtuarse esta circunstancia señalando que la causa directa de muerte fue otra, como podría sugerir la parte actora, pues lo relevante no es el diagnóstico final, sino la omisión consciente de una condición médica preexistente al momento de la contratación.

Tan es así, que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores establece de forma expresa las consecuencias jurídicas derivadas de la falta de veracidad por parte del asegurado, contemplando como sanción la nulidad del contrato de seguro, lo cual constituye una consecuencia suficientemente gravosa si se tiene en cuenta que este tipo de contrato se rige por el principio de la ubérrima buena fe, que impone a las partes y en especial al asegurado, el deber de declarar con total sinceridad y exactitud todas las circunstancias relevantes para la valoración del riesgo.

**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.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

Documento: Condicionado Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

Énfasis: *“La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato”*

Como se avizora, el condicionado de la póliza no deja lugar a dudas sobre los efectos jurídicos de incurrir en reticencia o inexactitud al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. Estas disposiciones, plenamente acordes con el principio de ubérrima buena fe que rige los contratos de seguro, obligaban a la asegurada a revelar de forma veraz y completa su estado de salud. La omisión deliberada de antecedentes médicos relevantes no solo configura un incumplimiento de los deberes contractuales, sino que impide a la aseguradora cumplir con su obligación de valorar correctamente el riesgo. Así, conforme con lo pactado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores y en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, se configura una causal de nulidad relativa del contrato de seguro, lo que faculta a esta parte para exonerarse de toda obligación indemnizatoria derivada del evento reclamado.

En este punto, resulta fundamental precisar que para la configuración de la reticencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio, no se requiere que la enfermedad omitida haya sido la causa directa del fallecimiento del asegurado. Así lo ha reconocido la jurisprudencia constitucional, particularmente la Sentencia C-232 de 1997 de la Corte Constitucional, en la cual se aclaró que lo relevante no es la relación de causalidad entre la condición médica no declarada y el evento ocurrido, sino la omisión de información que habría influido en la apreciación del riesgo por parte del asegurador al momento de celebrar el contrato, como se ve a continuación:

“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 el caso concreto, si bien en la demanda y en la historia clínica allegada por los demandantes se afirma que la causa del fallecimiento de la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) fue un *tumor maligno del cerebro, excepto de los lóbulos y ventrículos*, resulta jurídicamente irrelevante que dicha patología no guarde relación directa con la enfermedad omitida en la declaración de asegurabilidad. Tal como lo ha dejado claro la Corte Constitucional en la sentencia de **constitucionalidad** en cita, lo que se sanciona no es la relación de causalidad entre la enfermedad silenciada y el siniestro ocurrido, sino la ruptura del equilibrio contractual desde el momento mismo en que se celebra el contrato, fundada en el error inducido al asegurador por la omisión del estado real del riesgo.

En efecto, para la fecha en que la señora Villamizar firmó la declaración de asegurabilidad, esto es el 24 de agosto de 2021, ya se encontraba diagnosticada con *hipertensión esencial primaria*, condición que le fue detectada médicamente el 3 de julio de 2020 y por la cual fue ingresada al programa de pacientes hipertensos el 18 de agosto de 2020, continuando bajo seguimiento clínico hasta su fallecimiento. Esta enfermedad preexistente, de carácter crónico, fue expresamente negada por la asegurada al momento de responder el cuestionario de salud, contrariando el deber de lealtad y veracidad que le asistía en fase

precontractual. De haber sido conocida dicha información en su momento, mi representada habría estado en posibilidad de abstenerse de celebrar el contrato o de hacerlo en condiciones distintas, ajustadas al verdadero nivel de riesgo asumido.

De lo expuesto ha quedado acreditado que la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, al ocultar una condición médica preexistente de *hipertensión esencial primaria*, que ya había sido diagnosticada más de un año antes de la contratación del seguro, y frente a la cual se encontraba en control médico permanente. Esta conducta representa una violación del deber de lealtad y veracidad que rige en la etapa precontractual de los contratos de seguro y que encuentra sustento en el principio de ubérrima buena fe, pilar esencial de este tipo de relaciones jurídicas. En consecuencia, mi representada no se encuentra obligada a reconocer suma alguna derivada de una obligación que se estructuró sobre una base viciada, en tanto no contó con la información necesaria para valorar adecuadamente el riesgo. Pretender lo contrario sería trasladar a la aseguradora los efectos de un contrato celebrado en condiciones sustancialmente distintas a las que habrían sido pactadas de conocerse la verdad, lo cual vulnera abiertamente los principios de equidad y equilibrio contractual. Por todo ello, debe declararse la nulidad relativa del contrato de seguro conforme a lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio y en consecuencia, reconocer la falta de obligación indemnizatoria por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

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

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE EL 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 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***

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 se 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 asegurado.”

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.

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 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**

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

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

Edificio 94^a
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

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

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

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

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

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado 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 a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de uberrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias

que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer 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 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 Código de Comercio, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

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

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.

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

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

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

condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en relación con la reticencia, resulta fundamental que el Despacho tenga en cuenta que, en el presente caso, procede la aplicación del artículo 1059 del Código de Comercio. Esta disposición establece de manera clara que, cuando el contrato de seguro sea declarado nulo con ocasión de una reticencia del asegurado, la aseguradora se encuentra facultada para retener las primas pagadas a título de pena, sin que haya lugar a reembolso alguno. Al respecto la norma, en su tenor literal, dispone:

“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 el presente caso, resulta innegable que se configuró la reticencia por parte de la asegurada, señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.), al momento de firmar la declaración de asegurabilidad suscrita el 24 de agosto de 2021. En efecto, ante una pregunta taxativa contenida en el formulario, relativa a si había padecido o había sido diagnosticada con enfermedades como la hipertensión, la asegurada marcó con una “X” la opción “No”, manifestando que no presentaba esa condición médica.

Sin embargo, esta afirmación resultó ser totalmente contraria a la realidad clínica de la asegurada, pues conforme a la historia médica aportada al proceso, había sido diagnosticada con hipertensión esencial primaria desde el 3 de julio de 2020 e ingresó al programa de pacientes hipertensos el 18 de agosto del mismo año, encontrándose bajo control médico continuo desde entonces. Esta omisión consciente de una condición médica relevante no solo impidió una adecuada valoración del riesgo por parte de la aseguradora, sino que también constituyó una clara violación al principio de buena fe que rige la etapa precontractual del contrato de seguro.

En esa medida y habiéndose acreditado la reticencia conforme a lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, resulta procedente dar aplicación a lo establecido en el artículo 1059 ibídem, el cual faculta al asegurador a retener la totalidad de la prima a título de pena. Esta disposición responde no solo a la lógica de preservar el equilibrio contractual roto por la conducta del asegurado, sino también al carácter sancionatorio frente al incumplimiento del deber de veracidad en la declaración del estado del riesgo.

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

5. FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA

Es pertinente advertir al Despacho que, conforme se desprende del contenido del Certificado Individual de Seguro Vida Grupo Deudores, el único beneficiario a título oneroso del contrato es el Banco BBVA Colombia S.A., en su calidad de tomador de la póliza y acreedor de la obligación crediticia asegurada. Lo mencionado, puesto que precisamente la finalidad de la póliza consistió en garantizar el pago del saldo insoluto del crédito en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del deudor asegurado, razón por la cual la única parte legitimada para solicitar la activación del amparo es la entidad financiera beneficiaria onerosa. Además, en el expediente no obra prueba alguna que acredite el vínculo jurídico o familiar que el demandante afirma tener con la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.), ya que no se ha aportado registro civil de nacimiento ni documento equivalente que permita establecer su calidad de hijo o causahabiente legítimo. En consecuencia, el actor carece de legitimación en la causa por activa para solicitar judicialmente la afectación de una póliza frente a la cual no ostenta la condición de tomador, asegurado ni beneficiario oneroso, ni ha acreditado un interés jurídico directo que le habilite para ejercer acción alguna derivada del contrato de seguro.

La legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

“(…) la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material,

pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)"¹³. (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

"Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)"¹⁴ (subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

"(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)"¹⁵.

¹³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, sentencia del veintiocho (28) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571-01 (1275-081).

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

¹⁵ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P. María Elena Giraldo, Rad: 10973

Es más, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la sentencia expuso:

*“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. **En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso.** Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse **inhibido para fallar el caso de fondo.**” (subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁶*

En este contexto, debe concluirse que, cuando la parte demandante no ostenta vínculo alguno con el derecho material objeto del litigio, carece de legitimación en la causa por activa, lo que impide al juez emitir una sentencia favorable a sus pretensiones, por ausencia de uno de los presupuestos procesales esenciales para la prosperidad de la acción. En el caso concreto, resulta evidente que el actor no figura como tomador, asegurado ni beneficiario del contrato de seguro cuya ejecución reclama y que, por el contrario, el único beneficiario a título oneroso del seguro es el Banco BBVA Colombia S.A., tal como se desprende del Certificado Individual de Seguro Vida Grupo Deudores allegado con esta contestación.

En ese orden de ideas, al no ostentar el señor Omar Sebastián Villamizar la calidad de beneficiario a título oneroso de la póliza de seguro anteriormente referida, carece de legitimación en la causa por activa para reclamar judicialmente las prestaciones derivadas del contrato. Dicho de otro modo, únicamente quien haya sido designado expresamente como beneficiario con derecho cierto sobre la cobertura asegurada se encuentra facultado para exigir el cumplimiento del contrato en sede judicial. En el presente caso, conforme a lo estipulado en el Certificado Individual de Seguro Vida Grupo Deudores, dicha calidad recae exclusivamente en el Banco BBVA Colombia S.A., entidad tomadora y única titular del interés asegurable, lo que implica que solo esta podría activar válidamente las coberturas del seguro contratado.

16 Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

La Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, específicamente en casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, en donde ha establecido que:

“A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado.

*Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S. A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el **“único legitimado para efectuar la reclamación.”***

(...)

*En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que **en ningún error de hecho**, con las características de manifiesto y trascendente, **pudo incurrir el Tribunal**, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan*

*Desde luego que nadie desconoce, como así se reconoce en el contexto de la acusación y se afirma desde la propia demanda, que en el contrato de seguros de que se trata, **la calidad de beneficiario la tenía el titular del crédito**. Distinto es que la condición de beneficiarios del seguro, los demandantes la hicieran derivar del hecho de que el banco acreedor no hubiere insistido ante la aseguradora en la reclamación y en su lugar haya acudido a demandar judicialmente el pago del saldo de la obligación contra uno de los codeudores solidarios.*

Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda” que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.

*Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el **“único” legitimado para reclamar la indemnización**, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios. Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho **que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda** “contra los otros codeudores solidarios si los hay”*

(...)

*En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que **el Tribunal no pudo violar directamente**, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas”.¹⁷ (Subrayado fuera del texto original).*

Como se ha desarrollado a lo largo de esta excepción y conforme a lo reiterado por la Corte Suprema de Justicia en materia de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01)

las prestaciones derivadas del contrato de seguro recae exclusivamente en quien ostente la calidad de beneficiario a título oneroso. En este tipo de pólizas, dicho beneficiario es por definición contractual y por su función crediticia, la entidad financiera que otorga el crédito, en este caso el Banco BBVA Colombia S.A. En efecto, de la lectura del Certificado Individual de Seguro Vida Grupo Deudores aportado al expediente, se constata que el único beneficiario del amparo asegurativo es el Banco BBVA, lo cual se ajusta al diseño natural de esta clase de seguros, cuyo objeto es garantizar el pago del saldo insoluto de la obligación en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del deudor. Por tanto, la única parte con interés legítimo y jurídicamente protegido para reclamar la cobertura del seguro era el banco acreedor.

Adicionalmente, no obra prueba alguna que acredite que el señor Omar Sebastián Villamizar Villamizar ostente calidad de beneficiario supletivo, heredero o causahabiente legítimo de la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.), ya que no se ha allegado registro civil de nacimiento, sentencia de adjudicación o documento equivalente que permita estructurar jurídicamente su legitimación. Así las cosas, no figura como tomador, asegurado, beneficiario, ni ha demostrado interés jurídico en la póliza cuya ejecución pretende. En consecuencia, conforme a lo expuesto, resulta evidente que el demandante carece de legitimación en la causa por activa, razón por la cual esta excepción deberá ser declarada fundada y, en su mérito, rechazarse las pretensiones formuladas en su contra.

En conclusión, no le asiste legitimación en la causa por activa al señor Omar Sebastián Villamizar Villamizar para reclamar las prestaciones derivadas del contrato de seguro de vida grupo deudores suscrito por la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.), toda vez que no ostenta ninguna de las calidades legalmente exigidas para ello pues no figura como tomador, asegurado ni beneficiario en el Certificado Individual de Seguro allegado al expediente. La finalidad de esta clase de seguros es exclusivamente garantizar el pago del saldo insoluto de una obligación crediticia en caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del deudor, siendo el único beneficiario a título oneroso el Banco BBVA Colombia S.A., en su condición de acreedor y tomador del seguro. Así se desprende no solo del contenido expreso de la póliza, sino también de la jurisprudencia reiterada de la Corte Suprema de Justicia, que ha sido enfática en señalar que, en este tipo de contratos, solo la entidad financiera tiene legitimación para reclamar la cobertura del seguro. Adicionalmente, no obra en el proceso prueba alguna que acredite la existencia de un vínculo jurídico o familiar entre el demandante y la causante que lo habilite como beneficiario supletivo, causahabiente o heredero legítimo. En ausencia de este presupuesto procesal esencial, no es dable al juez emitir pronunciamiento de fondo favorable a las pretensiones, y por tanto, se impone declarar probada esta excepción y rechazar integralmente la demanda.

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

6. EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

En este punto, resulta necesario destacar al Despacho que, en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios a título oneroso del seguro son las entidades financieras que actúan como tomadoras del seguro, en tanto su patrimonio es el que se encuentra expuesto al riesgo de incumplimiento derivado del fallecimiento del deudor. Dicho de otra forma, la finalidad del seguro de vida grupo deudores no es la protección directa del asegurado o de sus causahabientes, sino la garantía del pago de la obligación financiera a favor del banco, quien resulta ser el único titular del interés asegurable y beneficiario legítimo del contrato.

En efecto, conforme al certificado individual de seguro, la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) se encontraba amparada por la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores asociada al crédito No. 3427 y en dicho instrumento se identificó expresamente como beneficiario oneroso único al Banco BBVA Colombia S.A. en un 100%. De este modo, en el presente caso, la Aseguradora únicamente tenía obligaciones contractuales frente a dicha entidad financiera, que en su doble calidad de tomadora y beneficiaria onerosa es la única legitimada para reclamar la cobertura derivada del seguro. En consecuencia, el señor Omar Sebastián Villamizar Villamizar, no ostenta legitimación para reclamar directamente el pago de la indemnización derivada del evento que se reclama, pues no tienen la calidad de beneficiarios onerosos en los términos contractuales. Pretender lo contrario implicaría desnaturalizar la estructura propia del seguro de grupo vida deudores, que se celebra para proteger un interés patrimonial concreto que es el crédito otorgado por la entidad financiera al asegurado, cuya muerte constituye el siniestro frente al cual se activa, siempre que concurren los requisitos de cobertura, que en el presente caso no sucede ante la reticencia en que incurrió la asegurada.

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.¹⁸ (...)

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

*(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.¹⁹
(...)*

Así las cosas, queda demostrado que el seguro de vida grupo deudores es una modalidad especialmente diseñada para proteger el interés del acreedor, quien funge como tomador y beneficiario del contrato. En virtud de este esquema, la aseguradora, a cambio del pago de una prima, asume el riesgo de muerte o

¹⁸ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

¹⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17
CSER

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

incapacidad del deudor y en caso de configurarse el siniestro, la obligación de pago se dirige única y exclusivamente a la entidad financiera, hasta por el monto de la deuda garantizada. Es decir, la protección que ofrece este tipo de póliza recae sobre la operación crediticia, no sobre el patrimonio personal del asegurado ni en favor de sus causahabientes.

En el caso concreto, la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) suscribió la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores asociada a la obligación crediticia identificada con el número 0013-0158-60-9623893427, cuyo beneficiario oneroso exclusivo fue BBVA Colombia en un 100%, conforme consta en el certificado individual de seguro:

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

BBVA
Seguros

M026300110236203219623893427

ITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito	Oficina Av Santa	Ciudad Cueca
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde .. Vigencia hasta ..

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos Bertha Villamizar Ramirez	Identificación 60329098
Dirección Av. O 0-32 edif Bertha Park Ues 2a	Edad 53
Fecha de nacimiento 1968 03 16	Teléfono 3133321533
Genero X	Ciudad Cueca
Ocupación/Profesión Contador.	

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)		
Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Información Adicional

Documento: Certificado individual de seguro.

En aplicación de la naturaleza jurídica de este tipo de póliza, el único legitimado para reclamar el pago de la suma asegurada era el banco tomador y beneficiario oneroso, no así los herederos quienes no ostentan legitimación alguna en los términos contractuales.

En esa medida, si bien es cierto que BBVA Colombia que se presentó solicitud de indemnización con ocasión del fallecimiento de la asegurada ocurrido el 21 de marzo de 2023, también lo es que mi representada, en ejercicio de su facultad legal, objetó aquella solicitud mediante comunicación de fecha 25 de mayo de 2023, sustentando dicha objeción en la configuración de una reticencia al momento de

suscribirse la declaración de asegurabilidad. Tal como fue ampliamente desarrollado, la asegurada omitió declarar que padecía hipertensión esencial primaria diagnosticada desde el 3 de julio de 2020, y respecto de la cual se encontraba bajo control médico continuo desde el 18 de agosto de ese mismo año, lo que constituye una violación sustancial al deber de buena fe y al deber de información en fase precontractual.

Adicionalmente, según lo manifestado por el propio demandante, la obligación crediticia N.º 0013-0158-60-9623893427 se encuentra actualmente satisfecha, por lo que se configura lo previsto en la cláusula octava del contrato de seguro, en virtud de la cual la extinción total de la obligación garantizada conlleva la terminación automática del seguro.

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

Documento: Condicionado de Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores N.º 02 261
0000085799

Énfasis: “g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores”

Así las cosas, habiéndose extinguido el interés asegurable protegido por la póliza, esto es, el riesgo patrimonial del acreedor, no resulta jurídicamente procedente pretender el pago de suma alguna en favor del señor Omar Sebastián Villamizar Villamizar, quien no tiene la calidad de beneficiario oneroso del contrato ni titular del interés asegurado.

En conclusión y conforme a la estructura jurídica del seguro de vida grupo deudores, la entidad financiera es el único beneficiario oneroso legítimo de la póliza, en la medida en que el amparo tiene como finalidad exclusiva garantizar el cumplimiento de la obligación crediticia otorgada al deudor asegurado. Así, aunque la entidad financiera presentó solicitud de pago del amparo por fallecimiento, dicha petición fue objetada en debida forma por mi representada, en tanto se acreditó que la asegurada incurrió en reticencia, al ocultar una condición médica preexistente de relevancia, hipertensión esencial primaria, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. En este contexto, el señor Omar Sebastián Villamizar carece de legitimación para reclamar el pago de la indemnización, pues no fue designado como beneficiario oneroso en el contrato de seguro, ni tiene derecho alguno derivado del mismo. Su pretensión desconoce la estructura jurídica del seguro de vida grupo deudores, cuyo propósito exclusivo es proteger el interés patrimonial del acreedor y no otorgar beneficios económicos a los causahabientes del asegurado.

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

7. IMPROCEDENCIA TOTAL DE LA SOLICITUD DE PERJUICIOS MORALES.

De manera subsidiaria y sin que ello implique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, resulta necesario advertir que la pretensión formulada por el actor orientada al reconocimiento de una indemnización por perjuicios morales carece de fundamento jurídico y probatorio en el caso concreto. En primer lugar, los perjuicios morales constituyen un daño de naturaleza excepcional dentro del régimen de responsabilidad contractual, en tanto se trata de un perjuicio imprevisible cuya reparación, conforme al artículo 1616 del Código Civil, exige acreditar la existencia de dolo en la conducta del deudor. En segundo lugar, dichos perjuicios no se presumen y por tanto, deben ser objeto de prueba

estricta por parte de quien los alega. No obstante, ninguno de estos requisitos ha sido satisfecho por la parte demandante, lo que impide acceder a dicha pretensión indemnizatoria.

Para procurar un entendimiento adecuado de la presente excepción, es fundamental analizar el régimen de la responsabilidad civil contractual, específicamente en lo atinente con el artículo 1616 del Código Civil, el cual explica:

“ARTICULO 1616. <RESPONSABILIDAD DEL DEUDOR EN LA CAUSACION DE PERJUICIOS>. Si no se puede imputar dolo al deudor, solo es responsable de los perjuicios que se previeron o pudieron preverse al tiempo del contrato; pero si hay dolo, es responsable de todos los perjuicios que fueron consecuencia inmediata o directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento.

La mora producida por fuerza mayor o caso fortuito, no da lugar a indemnización de perjuicios.

Las estipulaciones de los contratantes podrán modificar estas reglas.” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Todo lo anterior no busca explicar cosa distinta a que, atendiendo a las reglas de la experiencia, la causación de perjuicios morales como consecuencia de un incumplimiento contractual, claramente constituye un evento que no es previsible desde el inicio del contrato. En otras palabras, para el caso concreto, es evidente que el acaecimiento de daños morales como consecuencia de un supuesto incumplimiento contractual de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., de ninguna manera puede ser catalogado como un perjuicio que pudo haberse previsto por las partes en el momento en el que se perfeccionó el acuerdo de voluntades.

Ahora bien, siguiendo lo señalado por el ya citado artículo 1616 del C.C., para que un acreedor tenga la facultad de solicitar y obtener una compensación en virtud del acaecimiento de perjuicios que por su naturaleza son imprevisibles dentro de la esfera contractual, tiene la obligación de probar la configuración del “dolo” en la conducta subjetiva de la parte supuestamente incumplida. Lo anterior, a la luz del caso concreto, sin lugar a dudas implica que para que el Accionante tenga el derecho a ser compensado por este tipo de daños, tendrá la obligación de, (i) probar la existencia de los supuestos perjuicios que dice

haber sufrido, y (ii) probar la conducta dolosa de la compañía BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

En este orden de ideas, es menester dilucidar el espíritu del artículo 1616 del C.C en lo que respecta al dolo. Para lo anterior, debemos abordar el artículo 63 del C.C. el cual explica:

“ARTICULO 63. <CULPA Y DOLO>. La ley distingue tres especies de culpa o descuido.

(...)

El dolo consiste en la intención positiva de inferir injuria a la persona o propiedad de otro”. (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Al revisar la doctrina referente al dolo, en lo que a las materias civiles se refiere, se ha explicado que, en el régimen contractual, el dolo se define como la intención positiva de incumplir una obligación a sabiendas que dicho incumplimiento causará efectos lesivos. Al respecto, se ha establecido:

*“(...) Por una parte está el dolo, que consiste, según se define en el artículo 63 del Código Civil, en la voluntad de causar daño a un tercero, es decir, que se comete el hecho buscando sus efectos lesivos; no obstante, en materia contractual podrá tratarse también del incumplimiento consciente y deliberado de la obligación. **Sin querer los efectos lesivos del hecho, estos se conocen y se aceptan de manera que en todo caso se realiza el hecho a sabiendas**.”*²⁰(subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido se ha pronunciado la Corte Suprema de Justicia al establecer:

*“[l]as voces utilizadas por la ley (Art. 63 C.C.) para definir el dolo concuerdan con la noción doctrinaria que lo sitúa y destaca en cualquier pretensión de alcanzar un resultado contrario al derecho, caracterizada por la conciencia de quebrantar una obligación o de vulnerar un interés jurídico ajeno; el dolo se constituye pues, por la intención maliciosa (...)”*²¹

²⁰Castro Marcela. Derecho de las Obligaciones Tomo II volumen1, pàg. 168.

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 5 de julio de 2012. Mp Fernando Giraldo Gutiérrez, EXP 0500131030082005-00425-01

En resumen, todo lo anterior nos permite concluir que el dolo contractual se define como la intención positiva y maliciosa de incumplir una obligación, aun sabiendo que dicho incumplimiento ocasionará perjuicios respecto del otro extremo contractual. Por tanto, en el presente asunto resulta completamente infundado sostener que la conducta desplegada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. pueda configurar un incumplimiento contractual doloso que habilite el reconocimiento de perjuicios morales. En efecto, no puede calificarse como incumplimiento y mucho menos como una actuación maliciosa, el hecho de que la aseguradora haya objetado la solicitud indemnizatoria presentada por el tomador del seguro, cuando dicha objeción se fundamentó en la reticencia de la asegurada al omitir declarar su verdadero estado de salud, impidiendo con ello que mi representada estructurara válidamente su consentimiento en la etapa precontractual.

Efectivamente, lo que se evidencia en este caso no es una conducta arbitraria ni contraria a la buena fe, sino el ejercicio legítimo de una facultad contractual y legal, encaminada a preservar el equilibrio del contrato y a garantizar que las coberturas solo operen cuando se satisfacen los requisitos previstos. Así las cosas, aun si se llegara a considerar, en gracia de discusión, que existía alguna obligación indemnizatoria a cargo de esta parte, lo cierto es que no podría atribuirse la configuración de dolo, en tanto su actuación se enmarcó plenamente en el ordenamiento jurídico y se sustentó en las condiciones expresas del contrato de seguro.

En todo caso, debe advertirse que el perjuicio moral alegado por la parte actora carece por completo de sustento probatorio dentro del expediente, pues no se allegaron elementos de juicio objetivos, pertinentes y conducentes que permitan acreditar siquiera de manera indiciaria la existencia de una afectación anímica o emocional real, concreta y jurídicamente relevante. No puede perderse de vista que los perjuicios morales en el ámbito contractual no se presumen y por tanto, corresponde a quien los alega la carga de demostrar su configuración mediante elementos objetivos que reflejen un menoscabo significativo en su esfera inmaterial. En el presente asunto, no se ha aportado ningún medio probatorio que permita inferir, con el estándar de certeza requerido, que el señor Omar Sebastián Villamizar Villamizar haya sufrido un daño moral susceptible de ser indemnizado. Así las cosas, no existe base fáctica ni jurídica que habilite al Despacho para acceder a esta pretensión.

En conclusión, la pretensión de reconocimiento de perjuicios morales resulta jurídicamente improcedente en el presente caso, en tanto se trata de un daño inmaterial que, conforme al régimen de responsabilidad civil contractual, artículo 1616 del Código Civil, reviste el carácter de imprevisible y por ende, solo es

susceptible de reparación cuando se acredite de forma inequívoca que la parte demandada actuó con dolo, esto es, con la intención positiva de incumplir sus obligaciones y de causar un perjuicio. Tal carga probatoria no ha sido, ni siquiera mínimamente, satisfecha por la parte actora. Por su parte, es claro que en el presente caso no obra en el expediente prueba alguna que permita tener por acreditada la existencia del daño moral alegado, no existen elementos objetivos que permitan inferir su ocurrencia, lo cual no se satisface con la sola afirmación del demandante ni con presunciones generales. En ausencia de prueba idónea que demuestre el sufrimiento, aflicción o afectación emocional derivada del supuesto incumplimiento, no es posible acceder a la pretensión indemnizatoria formulada por este concepto.

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

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

En el presente caso, la acción está llamada a fracasar por haber sido presentada por fuera del término bial consagrado para ejercer acciones derivadas del contrato de seguro. En efecto, la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) falleció el 21 de marzo de 2023, por lo que el término prescriptivo ordinario vencía el 21 de marzo de 2025. Si bien dicho plazo fue suspendido durante siete (7) días en razón del trámite de conciliación prejudicial que tuvo lugar entre el 7 y el 13 de marzo de 2025, ello solo extendió el término de prescripción hasta el 28 de marzo de 2025. No obstante, la presente demanda fue radicada el 11 de abril de 2025, esto es, cuando ya había transcurrido el término legal para ejercer la acción, encontrándose por tanto prescrita. Adicionalmente, no obra en el expediente prueba de interrupción del término de prescripción por parte del demandante, pues no se allegó comunicación escrita alguna dirigida por el actor a esta Aseguradora en la que haya requerido la afectación de la póliza o el reconocimiento de valores derivados del contrato de seguros. En todo caso, la eventual solicitud presentada por el Banco BBVA Colombia S.A., como único beneficiario del seguro, no puede beneficiar ni extenderse al demandante, quien, como se ha insistido, no ostenta calidad alguna dentro del contrato y cuya pretensión se orienta a obtener el reembolso de un valor pagado por fuera de los términos del seguro, lo que constituye una pretensión completamente ajena a las coberturas y finalidades del contrato asegurador.

Al respecto, resulta válido traer a mención lo dispuesto en la normativa comercial en torno al término de prescripción ordinaria:

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

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

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

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

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

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

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

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o

*presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.*²² (Subrayado fuera del texto original)

Bajo este contexto, debe indicarse que el conteo de prescripción acá planteado es el correcto, toda vez que se encuentra en concordancia con los postulados que la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha indicado frente a los contratos de seguro vida grupo deudores. Sobre este particular, debe citarse la sentencia SC4904 del 04 de noviembre de 2021 en donde se sostuvo lo siguiente:

“En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguradora, en la que pudo o no haber sido parte (...)

Está fuera de discusión que, en principio, solo son «interesados» las personas que derivan algún derecho del contrato de seguro, entre los que estarían el asegurador y el tomador (art. 1037 C. de Co), así como el asegurado y el beneficiario (art. 1047, num. 3° ib.), no obstante, **tratándose del seguro de vida grupo**, tal y como a lo largo del proceso con vehemencia lo resaltaron los accionantes y lo ratificó el Tribunal, por construcción jurisprudencial se ha reconocido la legitimidad de los cónyuges y herederos de los asegurados para demandar el cumplimiento de las obligaciones de la aseguradora, pese a no tener la calidad de contratantes. (...)

Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a

²² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Becerra Simancas. Edificio 94^a

la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. **De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria,** como en efecto lo advirtió el Tribunal al concluir que para el momento de presentación de la demanda había fenecido la acción.²³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Por tanto, conforme a la jurisprudencia en cita resulta claro que en los contratos de seguro de vida grupo deudores el término de prescripción para ejercer la acción judicial debe contabilizarse desde el momento en que ocurre el siniestro, esto es, desde la fecha de fallecimiento del asegurado. En el presente caso, la señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.) falleció el 21 de marzo de 2023, fecha desde la cual comenzó a correr el término bienal previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, por lo que dicho término prescribiría el 21 de marzo de 2025. No obstante, debe advertirse que dicho término se suspendió entre el 7 y el 13 de marzo de 2025 con ocasión del trámite de conciliación extrajudicial adelantado por el actor, lo que conlleva una suspensión de siete (7) días en el cómputo del plazo. En consecuencia, la fecha límite para ejercer la acción se extendió hasta el 28 de marzo de 2025.

Así las cosas, la fecha del 28 de marzo de 2025 constituía el término máximo e improrrogable para que el actor ejerciera oportunamente la acción judicial derivada del contrato de seguro. Conforme a dicho precepto y a lo señalado por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, quienes afirman tener un interés legítimo en el cumplimiento del contrato de seguro, pero no figuran expresamente como beneficiarios, deben ejercer su derecho dentro de los dos (2) años siguientes a la ocurrencia del siniestro, en este caso, el fallecimiento de la asegurada. Sin embargo, el actor no presentó la demanda dentro del término legal, sino que lo hizo el 11 de abril de 2025, es decir, catorce (14) días después de vencido el plazo de prescripción, configurándose así la extinción automática de la acción por el paso del tiempo. En consecuencia, la pretensión indemnizatoria elevada en este proceso resulta jurídicamente improcedente, al haberse ejercido una vez operado el fenómeno extintivo de la prescripción ordinaria.

Ahora bien, no puede pasarse por alto que el artículo 94 del Código General del Proceso regula expresamente los supuestos bajo los cuales se interrumpe válidamente el término de prescripción, siendo

²³ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, sentencia SC4904 del 04 de noviembre de 2024, Radicado 2017-0133. Mp. Octavio Augusto Tejeiro Duque.
CSER

plenamente aplicable al caso concreto. Dicho precepto establece que:

***ARTÍCULO 94. INTERRUPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, INOPERANCIA DE LA CADUCIDAD Y CONSTITUCIÓN EN MORA.** La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.*

La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.

La notificación del auto que declara abierto el proceso de sucesión a los asignatarios, también constituye requerimiento judicial para constituir en mora de declarar si aceptan o repudian la asignación que se les hubiere deferido.

Si fueren varios los demandados y existiere entre ellos litisconsorcio facultativo, los efectos de la notificación a los que se refiere este artículo se surtirán para cada uno separadamente, salvo norma sustancial o procesal en contrario. Si el litisconsorcio fuere necesario será indispensable la notificación a todos ellos para que se surtan dichos efectos.

El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez.

Es decir, conforme al inciso final del citado artículo, el término de prescripción también puede ser interrumpido por una gestión directa del interesado dirigida al cumplimiento de la obligación, siempre que dicha gestión se comunique por escrito al deudor. En ese sentido, si el actor consideraba que tenía derecho a reclamar una suma derivada del contrato de seguro, le correspondía presentar una solicitud formal de

indemnización o requerimiento escrito ante la aseguradora, de forma tal que dicha actuación interrumpiera válidamente el término prescriptivo. No obstante, en el expediente no obra prueba alguna de que el señor Omar Sebastián Villamizar haya dirigido comunicación alguna a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. en los términos exigidos por la ley, razón por la cual no puede sostenerse que el término de prescripción se haya interrumpido a su favor. En consecuencia, la acción fue presentada de manera extemporánea y se encuentra jurídicamente prescrita.

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, si bien la entidad financiera BBVA Colombia S.A., en su calidad de tomador del seguro y beneficiario único a título oneroso, presentó oportunamente una solicitud de indemnización ante esta aseguradora, dicho requerimiento no puede extender sus efectos en beneficio del actor, en tanto no fue este quien la formuló ni acreditó haber realizado requerimiento directo alguno a la compañía de seguros. La interrupción del término prescriptivo exige que la comunicación provenga directamente del interesado, lo cual en este caso no se configura. Además, la pretensión del actor se estructura sobre una base jurídica sustancialmente distinta, pues no reclama en su calidad de tomador ni de beneficiario del contrato de seguros, sino a título de supuesto heredero de la asegurada, lo cual no lo habilita automáticamente para asumir las acciones contractuales derivadas del seguro. En este sentido, la solicitud elevada por la entidad financiera, dirigida a obtener el pago del saldo insoluto del crédito respaldado, no puede entenderse como extensiva a quien no participó en el vínculo aseguratorio ni ostenta la calidad jurídica necesaria para reclamar prestaciones derivadas de ese contrato.

Adicionalmente, debe señalarse que la solicitud de indemnización presentada por el Banco BBVA Colombia S.A., en su calidad de tomador y beneficiario único a título oneroso del seguro, no puede entenderse extensiva al demandante, no solo porque este no ostenta ninguna de las calidades contractuales previstas en el contrato de seguro, sino también porque las pretensiones formuladas por cada uno son sustancialmente diferentes. En efecto, mientras el banco requirió el pago del saldo insoluto del crédito respaldado por la póliza, el actor pretende el reembolso de una suma que afirma haber pagado con ocasión del proceso ejecutivo. Esta diferencia material en los objetos de la solicitud impide que la formulada por el banco tenga efectos interruptivos en favor del actor.

Con base en todo lo anteriormente expuesto, es claro que la acción ejercida por el señor Omar Sebastián Villamizar Villamizar se encuentra prescrita. En efecto, habiendo ocurrido el fallecimiento de la asegurada el 21 de marzo de 2023 y aun considerando la suspensión temporal del término con ocasión del trámite de conciliación prejudicial surtido entre el 7 y el 13 de marzo de 2025, el plazo bienal de prescripción solo se

extendía hasta el 28 de marzo de 2025. No obstante, la demanda fue presentada hasta el 11 de abril de 2025, cuando ya había transcurrido en exceso el término legal para ejercer la acción. Adicionalmente, no obra en el expediente prueba alguna de que el actor haya dirigido requerimiento alguno a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. que pudiera interrumpir el término prescriptivo a su favor. Por el contrario, la única solicitud conocida fue formulada por el Banco BBVA Colombia S.A., en su calidad de tomador y beneficiario oneroso del seguro, respecto de la cual no cabe extender efectos interruptivos a favor del actor, en tanto no fue quien la presentó, no comparte las calidades jurídicas del banco, ni persigue las mismas pretensiones. En ese sentido, debe concluirse que la acción ha prescrito por el paso del tiempo en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

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

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo mi procurada, a fin de manifestar que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo surge cuando efectivamente el riesgo amparado en el contrato de seguro fue efectivamente realizado, en los términos de su cobertura y no opere ninguna causal legal o convencional de exclusión o inoperancia del mismo. Así las cosas, si hubiere lugar a la responsabilidad de la Compañía, la misma se sujetará a lo consignado al tenor literal la póliza y por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

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

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

“(…) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización (…)”²⁴.

En atención a lo expuesto, debe tenerse presente que las condiciones estipuladas en Seguro Vida Grupo Deudores, emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., establecen con claridad un límite máximo de indemnización, el cual no puede ser superado bajo ninguna circunstancia, incluso en el eventual e hipotético escenario de que se profiera una sentencia desfavorable para mi representada. Este límite contractual obedece al principio de autonomía de la voluntad privada y refleja el equilibrio técnico y económico que rige la asunción del riesgo asegurado, de modo que cualquier condena que exceda dicho umbral contravendría los términos del contrato y la normativa que regula el seguro de responsabilidad civil.

²⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MR. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

Siendo así y solo en gracia de discusión, en el remoto evento de que llegare a declararse algún tipo de responsabilidad indemnizatoria en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., es claro que dicha eventual condena no podría en ningún caso superar el valor asegurado pactado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, pues ello implicaría desbordar los límites contractuales acordados entre las partes y desconocer el equilibrio que rige toda relación aseguraticia.

En el presente caso, debe tenerse en cuenta que el objeto del amparo estaba exclusivamente dirigido a garantizar el saldo insoluto de la obligación crediticia identificada con el número 00130158009623893427, lo cual comprende, únicamente, el capital no pagado más los intereses corrientes causados hasta la fecha del fallecimiento de la asegurada, señora Bertha Villamizar Ramírez (Q.E.P.D.), sin que resulte procedente ampliar ese alcance a conceptos o montos que excedan el riesgo efectivamente cubierto en los términos del contrato.

Por lo anterior, respetuosamente solicito al Honorable Despacho considerar que, en el caso bajo análisis, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., no puede ser condenada por un monto mayor al expresamente establecido en la Póliza, de acuerdo con su clausulado, y en todo caso, el valor eventual de condena será en estricto sentido al beneficiario a título oneroso que figura en la póliza. Es de suma importancia que el

Honorable Juzgador tenga en cuenta los límites y valores asegurados contenidos en dicha póliza en el remoto e improbable evento de una condena contra mi representada.

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En virtud de lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co).

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

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1.** Declaración de asegurabilidad del 24 de agosto de 2021
- 1.2.** Clausulado general Seguro Vida Deudor
- 1.3.** Historia clínica de BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)
- 1.4.** Derecho de petición remitido a NUEVA EPS el 12 de junio de 2025
- 1.5.** Derecho de petición remitido a Clínica San José de Cúcuta.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1.** Comendidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del señor **OMAR SEBASTIAN VILLAMIZAR** en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **OMAR SEBASTIAN VILLAMIZAR** podrá ser citado 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 **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)**. 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 atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)**, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada.

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 a la Doctora **JULIE ALEXABDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora **BERTHA**

VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.). 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 atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)**, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada.

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.

- 1.1.** Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO**, asesora externa de mi representada con el objeto de acreditar ante el Despacho cuales fueron los análisis que se hicieron al interior de la compañía para decidir no afectar el contrato de seguros.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. La Doctora podrá ser citado en la Calle 156 a # 8b-73 B de la ciudad de Bogotá y 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 **AL ACCIONANTE** para que exhiba la Historia

Clínica de la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)** desde el año 2015 hasta 2023, en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder del señor OMAR SEBASTIAN VILLAMIZAR VILLAMIZAR en su eventual condición de causahabiente.

- 5.2. Amparado en el artículo 265 del Código General del Proceso con el fin de ejercer adecuadamente el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó, mediante derecho de petición radicado el 12 de junio de 2025, a la entidad NUEVA EPS, la remisión de la historia clínica completa de la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)** correspondiente a las atenciones médicas prestadas entre el año 2015 al 2023, la cual fue señalada por mi representada como documento relevante en la objeción por reticencia. No obstante, al momento de esta actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que, se ordene a **NUEVA EPS** la exhibición de dicho documento clínico, en el marco del presente trámite judicial.

Dicha petición probatoria se hace en razón a que es la entidad prestadora de salud que estuvo a cargo de la autorización de los procedimientos de la afección de la asegurada y en todo caso, guarda custodia de dicho historial médico, lo anterior a fin de fundamentar en forma debida como lo requiere el artículo 266 del Código General del Proceso.

Dicha solicitud tiene como finalidad contar con un elemento probatorio que permita corroborar las condiciones de salud del asegurado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, en tanto la existencia de enfermedades no declaradas por la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)** constituye el fundamento central de la excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección física Carrera 85K No. 46A-66; Bogotá D.C. y a la dirección electrónica secretaria.general@nuevaeps.com.co

5.3. Amparado en el artículo 265 del Código General del Proceso con el fin de ejercer adecuadamente el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó, mediante derecho de petición radicado el radicado el 12 de junio de 2025, a la entidad **IPS CLINICA SAN JOSE DE CÚCUTA**, la remisión de la historia clínica completa de la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)** correspondiente a las atenciones médicas prestadas entre el año 2015 al 2023, la cual fue señalada por mi representada como documento relevante en la objeción por reticencia. No obstante, al momento de esta actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que, se ordene a **CLINICA SAN JOSE DE CÚCUTA** la exhibición de dicho documento clínico, en el marco del presente trámite judicial.

Dicha petición probatoria se hace en razón a que es la institución prestadora de salud que designó la EPS para atender la afección de salud de la asegurada y en todo caso, guarda custodia de dicho historial médico, lo anterior a fin de fundamentar en forma debida como lo requiere el artículo 266 del Código General del Proceso

Dicha solicitud tiene como finalidad contar con un elemento probatorio que permita corroborar las condiciones de salud del asegurado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, en tanto la existencia de enfermedades no declaradas por la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)** constituye el fundamento central de la excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección física Cl. 13 #1 e 74, Los Caobos, Cúcuta, Norte de Santander y la dirección electrónica gerenciaclinsan jose@hotmail.com y clinsan jose@gmail.com

6. OFICIOS.

Solicito al Despacho que, al tenor de los artículos 78 numeral 10 y 173 y 266 del Código General del Proceso, se oficie a las siguientes entidades de salud a efectos de que remitan la información que a

continuación se indica:

6.1. NUEVA EPS

Para que remita el historial de atención médica de la señora **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)** quien en vida se identificó con cédula de ciudadanía No. 60.329.098 correspondiente a las atenciones prestadas entre los años 2015 y 2023.

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición radicado el 12 de junio de 2025, sin que a la fecha se haya recibido respuesta alguna. En virtud de lo anterior, y dado que se trata de información contenida en el historial clínico de la asegurada, cuya obtención directa por esta parte no ha sido posible, se requiere la práctica de prueba por oficio como medio idóneo para acceder a dicha evidencia, indispensable para el ejercicio del derecho de defensa.

Esta prueba tiene como finalidad corroborar las condiciones de salud preexistentes del asegurado al momento de la celebración del contrato de seguro, en tanto dichas circunstancias médicas no fueron informadas en la declaración de asegurabilidad, hecho que constituye el fundamento de la excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección física Carrera 85K No. 46A-66; Bogotá D.C. y a la dirección electrónica secretaria.general@nuevaeps.com.co

6.2. IPS CLINICA SAN JOSE DE CÚCUTA.

Para que remita el historial clínico completo **BERTHA VILLAMIZAR RAMIREZ (Q.E.P.D.)** quien en vida se identificó con cédula de ciudadanía No. 60.329.098 correspondiente a las atenciones prestadas entre los años 2015 y 2023.

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición radicado el 12 de junio de 2025, sin que a la fecha se haya recibido respuesta alguna. En virtud de lo anterior, y dado que se trata de información contenida en el historial clínico de la asegurada, cuya obtención directa por esta parte no ha sido posible, se

requiere la práctica de prueba por oficio como medio idóneo para acceder a dicha evidencia, indispensable para el ejercicio del derecho de defensa.

Esta prueba tiene como finalidad corroborar las condiciones de salud preexistentes del asegurado al momento de la celebración del contrato de seguro, en tanto dichas circunstancias médicas no fueron informadas en la declaración de asegurabilidad, hecho que constituye el fundamento de la excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección física Cl. 13 #1 e 74, Los Caobos, Cúcuta, Norte de Santander y la dirección electrónica gerenciaclinsanjose@hotmail.com y clinsanjose@gmail.com

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 asegurada se hubiera retraído de otorgar el amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza materia de litigio. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la asegurada eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad la asegurada. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la aseguradora, la hubieren retraído de celebrar el contrato de seguro y/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 al Despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Dicho término deberá iniciar una vez sean aportadas las historias clínicas, ya que no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

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

VI. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder otorgado al suscrito.
3. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VII. NOTIFICACIONES

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

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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