Señores

JUZGADO DIECISÉIS (16) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

j16cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE:	LEIDY JOE SMITH GIRALDO QUINTERO Y OTROS.
DEMANDADO*:*	BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A.
RADICACIÓN:	76001 3103 016-**2025-00114**-00.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., domiciliado y vecino de la ciudad de Cali, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J, quien puede notificarse en el correo electrónico notificaciones@gha.com.co, obrando en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,** sociedad comercial anónima domiciliada en Bogotá D.C., con NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la Dra. Daniela Alejandra Lombana Burbano según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, que se acompaña a este escrito, quien puede ser notificada en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com, de conformidad con el poder adjunto. De manera respetuosa, procedo dentro del término legal a **CONTESTAR LA DEMADA** interpuesta por la señora LEIDY JOE SMITH GIRALDO y otros en contra de mi representada, manifestando desde este momento que me opongo a cada una de las pretensiones de la demanda conforme a los argumentos que se exponen a continuación:

I. OPORTUNIDAD

Sea lo primero señalar que la contestación a la demanda se presenta dentro de término, ya que el auto del 12 de junio de 2025 por medio del cual se admite la demanda realizada por la señora Leidy Joe Smith Giraldo y otros en contra de BBVA Seguros Colombia S.A. fue objeto de recurso de reposición oportunamente interpuesto por esta parte el día 20 de junio de 2025, por lo tanto, el término otorgado por la ley para contestar y formular excepciones aún no se ha cumplido. Aunado a lo anterior, la parte demandante tampoco ha efectuado notificación alguna a mi representada, que permita establecer como partida para el conteo de términos alguna fecha diferente a la ya señalada.

Conforme a lo anterior, es pertinente señalar que el artículo 118 del Código General del Proceso

dispone:

> ***"ARTÍCULO 118. CÓMPUTO DE TÉRMINOS.***
>
> *(…)*
>
> *El término que se conceda fuera de audiencia correrá a partir del día siguiente al de la notificación de la providencia que lo concedió.*
>
> *Si el término fuere común a varias partes comenzará a correr a partir del día siguiente al de la notificación a todas.*
>
> ***Cuando se interpongan recursos contra la providencia que concede el término, o del auto a partir de cuya notificación debe correr un término por ministerio de la ley, este se interrumpirá y comenzará a correr a partir del día siguiente al de la notificación del auto que resuelva el recurso"*** (subrayado fuera del texto original)

Aplicando la mencionada norma al caso concreto, se tiene que el día 20 de junio de 2025 mi representada interpuso recurso de reposición en contra del auto del 12 de junio de 2025 mediante el cual se admite la demanda, por lo tanto, el término que inició a contabilizarse desde la notificación personal de este para contestar la demanda fue interrumpido en la fecha de la presentación del recurso y apenas inició su contabilización nuevamente con el auto que tuvo por notificada mediante conducta concluyente a la aseguradora.

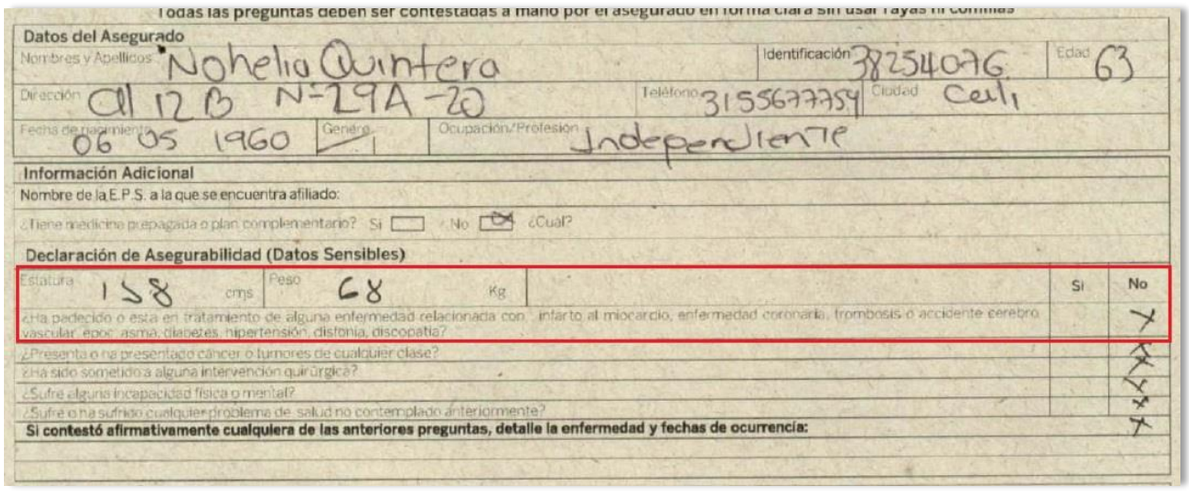
Conforme a lo señalado, es claro que, incluso para la fecha en la que se presenta este escrito, aún no culmina el término de 20 días para contestar la demanda, lo que es más, apenas empezó a contabilizarse. Por lo anterior, la contestación se efectúa de manera tempestiva.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO "1": Es parcialmente cierto. Si bien la señora Nohelia Quintero contrató el seguro de vida grupo deudores No. 022450000078109 que ampara el riesgo de muerte, lo cierto es que dicho seguro no está llamado a afectarse dentro del presente caso ya que se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro tal como se acreditará en esta instancia, pues la información falsa o incompleta sobre el estado de salud de la señora Nohelia Quintero, brindada a la aseguradora en la declaración de asegurabilidad, constituye la reticencia que la llevó a incurrir en error, viciando su consentimiento al momento de suscribir el contrato al punto de celebrarlo en condiciones con las que no hubiera estado de acuerdo de conocer el verdadero estado del riesgo. En este sentido, al

ser un contrato nulo, la parte demandante no puede exigir el cumplimiento del mismo, pues este no cuenta con los requisitos esenciales que le permitan existir y surtir sus efectos en el espectro jurídico.

Así, la señora Nohelia Quintero suscribió la declaración de asegurabilidad el día 11 de febrero de 2021 en la cual marcó la opción "No" cuando se le preguntó si había tenido diabetes, tal como se observa a continuación:



Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: Nohelia Quintero | Identificación: 38254076 | Edad: 63

Dirección: cll 12B N-29A-20 | Teléfono: 3155677754 | Ciudad: Cali

Fecha de nacimiento: 06 05 1960 | Genero: F | Ocupación/Profesión: Independiente

Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si [ ] No [X] ¿Cual?

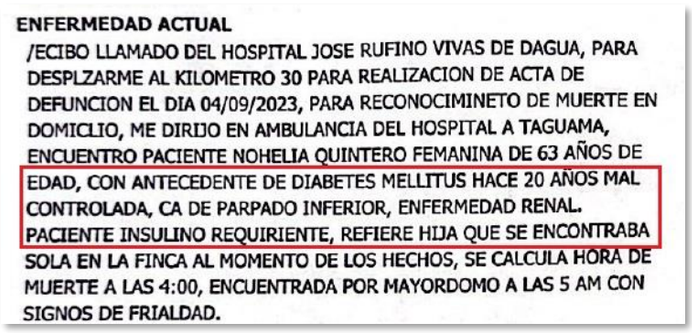
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura: 158 cms | Peso: 68 Kg

	Si	No
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonia, discopatia?		X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		X

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

Pese a declarar que no padecía diabetes, en la historia clínica anexa al certificado de defunción, se refirió la evidente existencia de dicha enfermedad con antecedentes que datan incluso de 20 años anteriores al fallecimiento de la asegurada:



ENFERMEDAD ACTUAL

/ECIBO LLAMADO DEL HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS DE DAGUA, PARA DESPLZARME AL KILOMETRO 30 PARA REALIZACION DE ACTA DE DEFUNCION EL DIA 04/09/2023, PARA RECONOCIMINETO DE MUERTE EN DOMICLIO, ME DIRIJO EN AMBULANCIA DEL HOSPITAL A TAGUAMA, ENCUENTRO PACIENTE NOHELIA QUINTERO FEMANINA DE 63 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS HACE 20 AÑOS MAL CONTROLADA, CA DE PARPADO INFERIOR, ENFERMEDAD RENAL. PACIENTE INSULINO REQUIRIENTE, REFIERE HIJA QUE SE ENCONTRABA SOLA EN LA FINCA AL MOMENTO DE LOS HECHOS, SE CALCULA HORA DE MUERTE A LAS 4:00, ENCUENTRADA POR MAYORDOMO A LAS 5 AM CON SIGNOS DE FRIALDAD.

De esta manera, es claro que la asegurada fue reticente toda vez que al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad el día 11 de febrero de 2021, no informó sus antecedentes de diabetes que incluso estaban con 20 años de anterioridad a su fallecimiento en el año 2023, circunstancia que llevó a mi representada a incurrir en error al momento de suscribir el contrato de seguro, lo cual conlleva la consecuencia jurídica de la anulación del negocio jurídico.

AL HECHO "2": Es cierto. No obstante lo anterior, en este caso el pago de la prima no implica por

sí solo el deber de indemnizar el riesgo trasladado a la compañía de seguros, pues queda claro que deben cumplirse con los postulados de la Ubérrima Buena Fe que rige a este tipo de contratos, buena fe que fue quebrantada ante la reticencia de la asegurada como se acreditará en este proceso, y que en últimas se traduce en la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio por lo que, incluso, nace el derecho de la aseguradora de retener la prima devengada como sanción ante dicha reticencia.

AL HECHO "3": Es cierto, dicha información puede corroborarse en el certificado del seguro de vida grupo deudores emitido por mi representada, no obstante lo anterior, ello no impide la necesaria declaratoria de nulidad relativa del contrato de seguro con fundamento en la reticencia de la asegurada conforme se acreditará en esta instancia.

AL HECHO "4": Es cierto lo manifestado en este hecho, no obstante, ello no impide la nulidad del contrato de seguro con fundamento en la reticencia de la asegurada.

AL HECHO "5": Este hecho contiene diversas afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que la asegurada murió el día aquí referido conforme al certificado de defunción anexo al expediente.

- No le consta a mi representada si el deceso de la asegurada se dio o no por causas naturales, no obstante lo anterior, ello no es impedimento para que el contrato sea declarado nulo con motivo de su reticencia pues, como lo ha explicado la jurisprudencia, para alegar la nulidad únicamente se requiere acreditar: (i) la reticencia del asegurado que produce la nulidad relativa del contrato; (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; (iii) 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 hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

AL HECHO "6": Este hecho contiene diversas manifestaciones frente a las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No es cierto que la asegurada se encontrara amparada por el seguro de vida grupo deudores ya que se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro, pues la información falsa o incompleta brindada a la aseguradora en la declaración de asegurabilidad constituye la reticencia que la llevó a incurrir en error, la cual tuvo lugar cuando la asegurada no declaró sinceramente la existencia de diabetes mellitus pese a que se le cuestionó sobre la misma en la declaración de asegurabilidad el día 11 de febrero de 2021, y a pesar de que dicha

enfermedad se registraba en su historia clínica incluso 20 años antes de su fallecimiento, viciando de esta forma el consentimiento de la aseguradora al momento de suscribir el contrato al punto de celebrarlo en condiciones con las que no hubiera estado de acuerdo de conocer el verdadero estado del riesgo. Por lo tanto, dicho contrato no existe en el mundo jurídico y, en este sentido, no es posible afirmar que el mismo presta los efectos que sus cláusulas consagran como lo es el del amparo.

- Es cierto que el hijo de la señora Nohelia Quintero solicitó la afectación del contrato de seguro en la fecha referida.

AL HECHO "7": Este hecho contiene varias afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto lo mencionado en este hecho sobre la fecha de la contratación del seguro, no obstante, se reitera que el contrato se encuentra viciado por error ante la notoria reticencia en la que incurrió la señora Nohelia Quintero, al no haber declarado la condición de Diabetes mellitus desde hace 20 años, tal como se puede leer del acta de defunción que reposa en el expediente; lo que genera la nulidad relativa del mismo.

- Independientemente de que sea cierta la aplicación de la cláusula de irreductibilidad, esta solo aplica para no afectar el valor del seguro por un error en la declaración de asegurabilidad, situación distante al caso concreto pues en el presente, el negocio jurídico se ve viciado con ocasión de la nulidad relativa del mismo.

AL HECHO "8": No es cierto. Los demandantes no cumplen las condiciones para que opere a su favor la indemnización con ocasión del contrato de seguro toda vez que carecen de legitimación por activa, pues si lo que esperan es que la compañía les entregue suma alguna de dinero con ocasión al contrato viciado de nulidad, omiten tener en cuenta que el mismo contempla como único beneficiario oneroso del seguro al Banco BBVA. Situación a la cual debe añadirse el hecho de que la asegurada no fue sincera al momento de declarar el estado del riesgo al omitir de forma culpable mencionar que cuenta con un diagnóstico de diabetes mellitus, y sin limitarse a ella, situación que lleva a la inevitable nulidad del contrato de seguro, tal como se acreditará en el presente proceso.

AL HECHO "9": No es cierto. El seguro de vida grupo deudores no ostenta una carátula como en otro tipo de seguros puede suceder, sino que se compone de su condicionado y de la declaración de asegurabilidad, por lo que mi prohijada nunca incumplió deber alguno u omitió respuesta para brindar la misma toda vez que en este seguro no existe una carátula como usualmente se conoce en otro tipo de seguros. En todo caso, cabe recordar que en esta instancia se acreditará la existencia de la reticencia por parte de la asegurada, lo que lleva a la consecuente nulidad del contrato de seguro impidiendo su afectación.

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212

AL HECHO "9" (se precisa que la parte demandante repitió la numeración en este hecho): Es cierto que mi representada objetó la reclamación presentada por los demandantes con base en los antecedentes encontrados en la historia clínica, pues fue claro que había prexistencias que no fueron declaradas por la asegurada cuando contrató el seguro de vida, tales como la ya señalada de Diabetes Mellitus, sin limitarse a ella, por lo cual el mismo adolece de nulidad relativa.

AL HECHO "10": No es cierto. Mi representada no tiene el deber de reconocer los intereses dispuestos en el artículo 1080 del Código de Comercio, pues dicha disposición legal solo es aplicable frente a contratos celebrados de forma válida, situación contraria a lo sucedido en este contrato de seguro, en el que claramente la señora Nohelia Quintero omitió declarar sinceramente el estado del riesgo como se acreditará en esta instancia, siendo aplicables las consecuencias del artículo 1058 del Código de Comercio, siendo necesario que se encuentre rescindido el contrato dando aplicación a la citada normatividad.

AL HECHO "11": No es cierto. La parte demandante olvida que en múltiples veces la jurisprudencia constitucional y ordinaria ha determinado que no existe deber alguno por parte del segurador de corroborar el nexo entre las enfermedades no declaradas y el motivo del fallecimiento del asegurado, y como lo ha señalado la Corte Suprema de Justicia, no es necesario que se origine el deceso de la persona en alguna preexistencia no declarada, pues el error en que se induce a la compañía incide seriamente en el riesgo técnico que ella asume, y que se refleja en el debido monto de la prima, pues de no sancionarse esta conducta, se pone en serio desbalance la adecuada tarifación que permite el funcionamiento de la industria aseguradora, no solo como actividad económica sino como actividad de interés público[1]. Así las cosas, y como se expondrá en las excepciones de este escrito, la aseguradora únicamente debe demostrar que: (i) el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando, y; (iii) 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 hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

AL HECHO "12": A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho frente al supuesto proceso ejecutivo adelantado por el Banco BBVA en contra de los demandantes, ya que son personas jurídicas distintas con objetos sociales bien diferenciados, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO "13": A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho frente al supuesto proceso ejecutivo adelantado por el Banco BBVA en contra de los demandantes, ya que son personas jurídicas distintas con objetos sociales bien diferenciados, por lo que la parte actora

[1] Artículo 335 de la Constitución Política de Colombia.

deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO "14": A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho frente al supuesto proceso ejecutivo adelantado por el Banco BBVA en contra de los demandantes y las medidas cautelares fijadas por el juzgado, ya que son personas jurídicas distintas con objetos sociales bien diferenciados, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO "15": Este hecho contiene diversas afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho frente al supuesto valor de los bienes embargados, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P.

- No es cierto que la demanda debió dirigirse contra mi representada, pues la parte demandante olvida que la jurisprudencia ha reconocido el derecho que le asiste la entidad financiera de iniciar las acciones legales pertinentes en contra del deudor del crédito o, en este caso concreto, contra los herederos del mismo, siendo innecesario esperar a que se surta la sucesión respectiva pues mientras esta no se liquida, todos los herederos representan a la masa sucesoral integrada por acreencias y obligaciones pendientes de pago.

AL HECHO "16": A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho frente al supuesto valor de los bienes embargados, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P. No obstante, se deja total claridad de que en el expediente no obra prueba alguna que dé cuenta de las obligaciones que supuestamente tuvieron que asumir los ahora demandantes, así como no existe prueba de la angustia supuestamente sufrida con ocasión del cobro judicial.

AL HECHO "17": Este hecho contiene diversas afirmaciones sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que se celebró audiencia de conciliación que fue declarada fracasada.

- A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho frente al supuesto valor asumido para la conciliación, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO "18": A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P.

Al HECHO "19": A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho frente al supuesto valor asumido para la conciliación, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P. No obstante, en el expediente no se corrobora la suscripción y mucho menos el pago del acuerdo aquí referido.

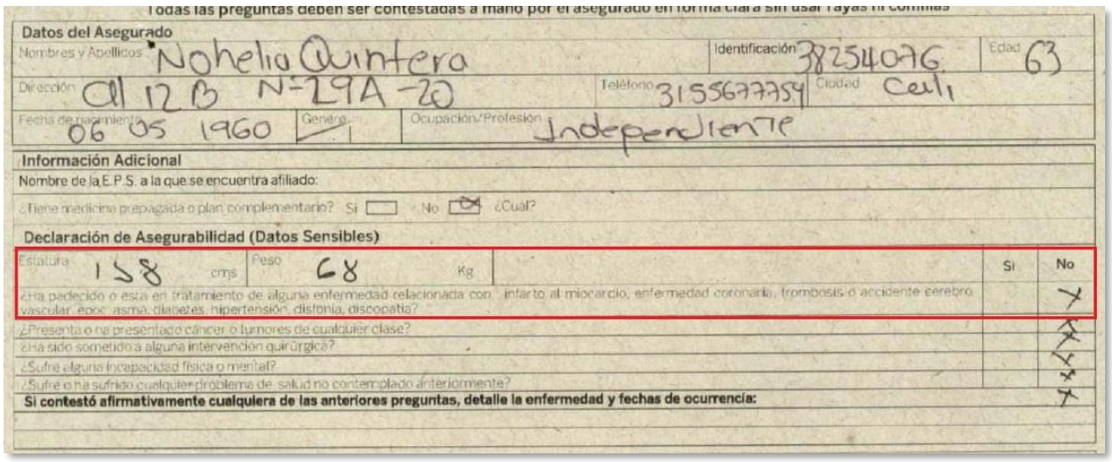
AL HECHO "20": A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO "21": A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho, por lo que la parte actora deberá demostrar lo aquí manifestado conforme al artículo 167 del C.G.P. No obstante, se aclara que los honorarios de abogados no pueden solicitarse dentro de las pretensiones ya que estos se reconocen únicamente en caso de obtener una sentencia favorable, acudiendo a las reglas del artículo 366 del C.G.P. para su liquidación.

AL HECHO "23" (la parte demandante numera mal el presente hecho toda vez que debería ser el 22: A mi representada no le consta nada de lo referido en este hecho, no obstante, se aclara que el perjuicio moral producto del supuesto incumplimiento del contrato no goza de presunción legal y no se allega al proceso prueba alguna que acredite su existencia, por lo que no podrá ser reconocido.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN "1": **ME OPONGO** a esta pretensión, teniendo en cuenta que se verifica en la historia clínica emitida por el Hospital José Rufino Vivas el día 4 de septiembre de 2023 que la asegurada Nohelia Quintero contaba con antecedentes de diabetes mellitus hace 20 años con mal manejo, situación que nunca fue informada por la asegurada y que no aparece referida en la declaración de asegurabilidad pese a haberle preguntado expresamente al respecto y de haberle referido las consecuencias de su reticencia frente a la información este tipo de circunstancias que evidentemente alteran o agravan el estado del riesgo asumido, tal como se deja ver:



Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: Nohelia Quintero		Identificación: 38254076	Edad: 63
Dirección: Cl 12 B N-29A-20	Teléfono: 3155677754	Ciudad: Cali	
Fecha de nacimiento: 06 05 1960	Genero:	Ocupación/Profesión: Independiente	

Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si ☐ No ☒ ¿Cual?

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura: 158 cms Peso: 68 Kg

	Si	No
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonia, discopatia?		X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		X

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

Transcripción pertinente: ***"¿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?"***

De hecho, de haberse puesto de presente a mi representada aquellas circunstancias, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Situación que hace que se configuren los requisitos del artículo 1058 del Código de Comercio, siendo procedente la declaratoria de la nulidad relativa del contrato de seguro.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "2": ME OPONGO a esta pretensión, teniendo en cuenta que se verifica en la historia clínica emitida por el Hospital José Rufino Vivas el día 4 de septiembre de 2023 que la asegurada Nohelia Quintero contaba con antecedentes de diabetes mellitus hace 20 años con mal manejo, situación que nunca fue informada por la asegurada y que no aparece referida en la declaración de asegurabilidad pese a haberle preguntado expresamente al respecto y de haberle referido las consecuencias de su reticencia frente a la información este tipo de circunstancias que evidentemente alteran o agravan el estado del riesgo asumido, y que de hecho, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Situación que hace que se configuren los requisitos del artículo 1058 del Código de Comercio, siendo procedente la declaratoria de la nulidad relativa del contrato de seguro e impidiendo que se declare el acaecimiento de un riesgo contemplado en un contrato que no nace a la vida jurídica.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "3": ME OPONGO a esta pretensión condenatoria toda vez que, en primer lugar, la parte demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento de la prestación derivada del contrato de seguro expedido por mi representada, comoquiera que no ostenta la calidad de beneficiario en el aseguramiento. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el

beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad bancaria.

Por otra parte, los accionantes no han demostrado la ocurrencia de subrogación alguna que los habilite para interponer la presente acción.

Asimismo, los accionantes no han allegado ninguna prueba al plenario de que hayan asumido pago por concepto de la deuda que amparaba el contrato de seguro, por lo que no se puede solicitar que se les reembolsa una suma de dinero que simplemente no ha salido de su patrimonio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "4": ME OPONGO a esta pretensión condenatoria toda vez que el cobro de los intereses previstos en el artículo 10180 del Código de Comercio solo es aplicable frente a contratos celebrados de forma válida, contrario a lo sucedido en este contrato de seguro en el que claramente la señora Nohelia Quintero omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, siendo aplicables las consecuencias del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "5": ME OPONGO a esta pretensión condenatoria toda vez que el reconocimiento de las costas y agencias en derecho solo procede respecto de quien obtiene una sentencia favorable y, en todo caso, esta sigue las reglas establecidas en el artículo 366 del Código General del Proceso, así como los parámetros dispuestos por el acuerdo PSAA-16- 10554 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura; por lo que no es posible buscar la recuperación o resarcimiento del supuesto dinero invertido en honorarios desconociendo las disposiciones que regulan la materia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "6": ME OPONGO a esta pretensión condenatoria toda vez que, en primer lugar, la parte demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento a favor de un tercero de la prestación derivada del contrato de seguro expedido por mi representada, comoquiera que no ostenta la calidad de beneficiario en el aseguramiento. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad bancaria.

Por otra parte, los accionantes no han demostrado la ocurrencia de subrogación alguna que los habilite para interponer la presente acción.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "7": ME OPONGO a esta pretensión condenatoria toda vez que la parte demandante ha solicitado el reconocimiento de este perjuicio por la suma de $20.000.000 para cada uno de los accionantes argumentando que el no pago de seguro ha dado lugar a la existencia de un proceso ejecutivo en su contra, situación que los ha afectado psicológicamente. No obstante lo anterior, dicha afirmación se limita a ser una manifestación subjetiva carente de

prueba, pues no allega prueba ninguna al expediente que ate dicho daño al no reconocimiento del pago del seguro y, mucho menos, que acredite siquiera la existencia del supuesto daño, careciendo entonces de circunstancia fáctica que permita realizar una presunción de hombre

FRENTE A LA PRETENSIÓN "8": **ME OPONGO** a esta pretensión condenatoria toda vez que, en primer lugar, la parte demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento de la prestación derivada del contrato de seguro expedido por mi representada, comoquiera que no ostenta la calidad de beneficiario en el aseguramiento. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad bancaria.

Por otra parte, los accionantes no han demostrado la ocurrencia de subrogación alguna que los habilite para interponer la presente acción.

Asimismo, los accionantes no han allegado ninguna prueba al plenario de que hayan asumido pago por concepto de la deuda que amparaba el contrato de seguro, por lo que no se puede solicitar que se les reembolsa una suma de dinero que simplemente no ha salido de su patrimonio. De hecho, queda en senda evidencia la falta de certeza sobre este hecho, que la parte demandante ni siquiera especifica la presunta suma dineraria que tuvo que adquirir a modo de préstamo, lo que deja en meras conjeturas aquellas apreciaciones.

IV. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

El juramento estimatorio se objeta teniendo en cuenta que los valores referidos en el mismo deben ser estimados de forma razonada, sin embargo, en el acápite mencionado la parte demandante refiere diferentes valores por supuestos gastos de honorarios, sin embargo, los mismos carecen de respaldo probatorio de tales cobros y, en todo caso, estos no son susceptibles de ser solicitados por concepto de perjuicios patrimoniales pues se sujetan a las reglas que sobre su reconocimiento establece el Código General del Proceso. Además, se limita a referir que este obedece a las sumas referidas en el acápite de pretensiones, omitiendo totalmente el deber de estimar dichos conceptos de manera razonada conforme a lo prescrito en el artículo 206 del CGP, pues no refiere de dónde surgen los mismos, no efectúa un cálculo matemático, ni ofrece otros elementos informativos que justifiquen lo reclamado.

De esta forma, el juramento estimatorio realizado por la parte demandante no podrá tenerse como prueba de la cuantía reclamada.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO

Se propone esta excepción teniendo en cuenta que el artículo 1058 del Código de Comercio establece que el asegurado debe declarar sinceramente los hechos o condiciones que determinan el estado del riesgo, so pena de que la reticencia al momento de brindar dicha declaración conlleve a la sanción de la nulidad relativa del contrato de seguro. En este sentido, se verifica en la historia clínica emitida por el Hospital José Rufino Vivas el día 4 de septiembre de 2023 que la asegurada Nohelia Quintero contaba con antecedentes de diabetes mellitus hace 20 años con mal manejo, además, dicha circunstancia también se acreditará con la historia clínica de la paciente que ha sido solicitada mediante derecho de petición. La situación referida nunca fue informada por la asegurada y que no aparece referida en la declaración de asegurabilidad pese a haberle preguntado expresamente al respecto y de haberle referido las consecuencias de su reticencia frente a la información este tipo de circunstancias que evidentemente alteran o agravan el estado del riesgo asumido, y que de hecho, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Por lo tanto, se propone la presente excepción de manera tempestiva en contraposición con lo manifestado en los hechos de la demanda, ya que aún no han transcurrido 2 años desde que la aseguradora conoció de dicha preexistencia que le permite alegar la mentada nulidad.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual.

Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación de este fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato; (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; (iii) 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 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 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 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 en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, 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*)

Por otra parte, 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*

[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.

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****"[3]. (Subrayado fuera del texto original)*

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., 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."[4] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

"Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, ***si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.*** *Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si

---

[3] 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.

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

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."[5] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

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

[5] 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.

> ***embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.”***
> *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.

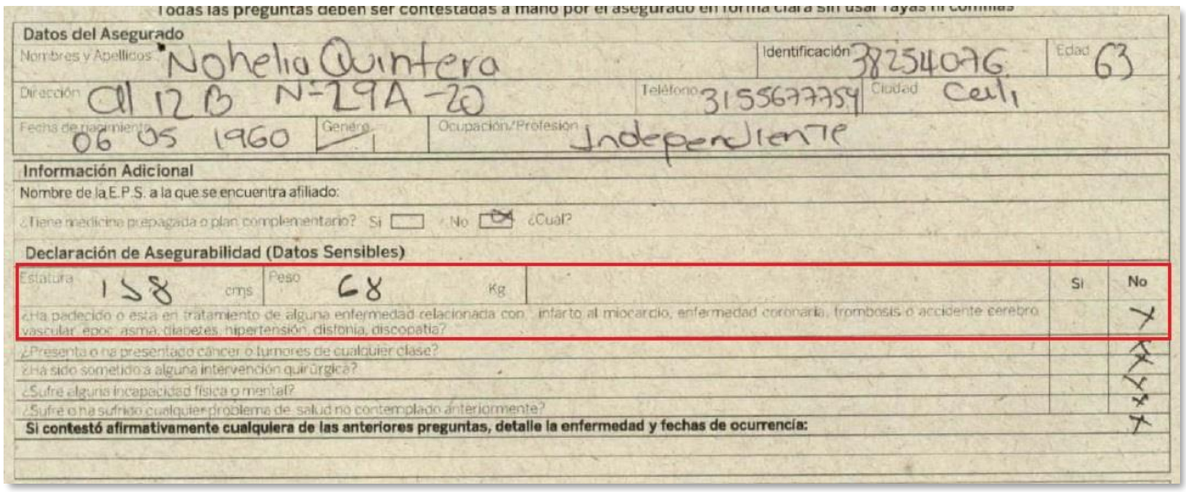
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

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

Ahora bien, aplicando la jurisprudencia referida al caso concreto, resulta claro que la señora Nohelia Quintero tenía el deber de declarar sinceramente su estado de salud con el fin de proceder a la contratación del seguro, pues dicha circunstancia permite a la aseguradora tener conocimiento del estado real del riesgo y, conforme a ello, establecer si suscribe dicho contrato en condiciones normales, si es necesario adaptar el valor de la prima a pagar, si debe abstenerse de otorgar un amparo, o si debe abstenerse de contratar el seguro en absoluto.

De esta manera, se puso de presente a la potencial asegurada en aquel entonces un formulario de declaración de asegurabilidad en el cual se preguntaba sobre la existencia de diferentes enfermedades incluyendo de manera expresa la diabetes mellitus, ante lo cual la señora Nohelia Quintero respondió de manera negativa, veamos:

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212



Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar tayas ni comillas

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: Nohelia Quintero | Identificación: 38254076 | Edad: 63
Dirección: Cl 12 B N-29A-20 | Teléfono: 3155677754 | Ciudad: Cali
Fecha de nacimiento: 06 05 1960 | Género: | Ocupación/Profesión: Independiente

Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si [ ] No [X] ¿Cuál?

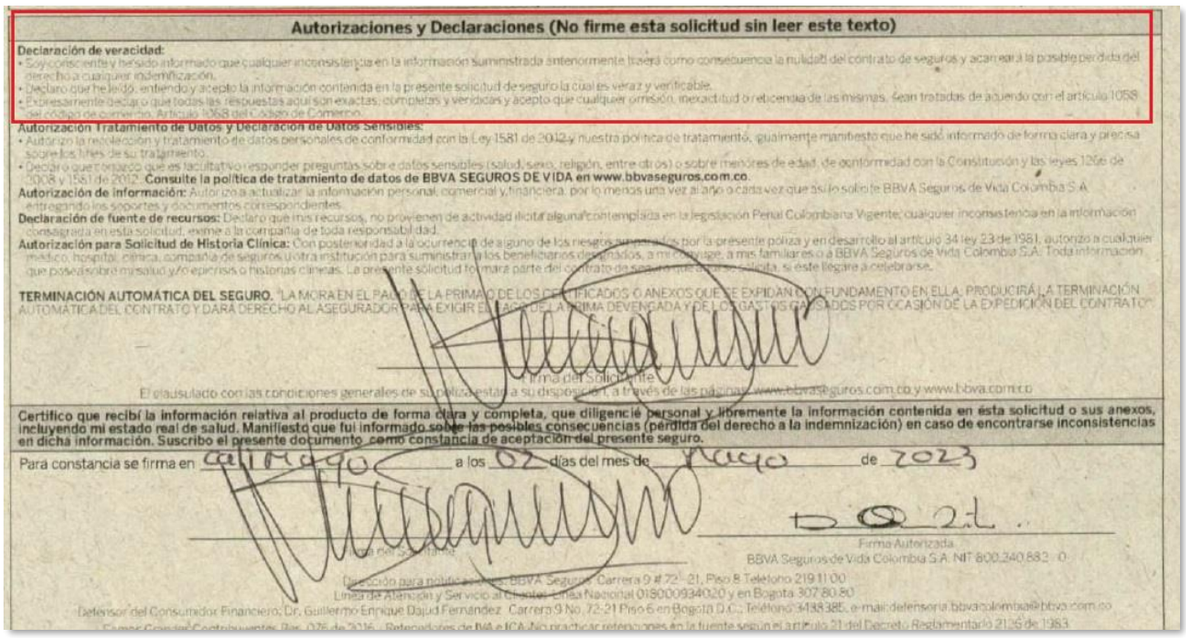
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

	Si	No
Estatura: 158 cms / Peso: 68 Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, 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:

Transcripción pertinente: *"¿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?"*

De manera complementaria a lo mencionado, el mismo formulario refería que la declaración inexacta o que no fuera sincera traería consigo la nulidad del contrato de seguro, situación que la asegurada conoció al suscribir la declaración de asegurabilidad:



Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)

Declaración de veracidad:
- Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.
- Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable.
- Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1058 del Código de Comercio.

Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles:
- Autorizo la recolección y tratamiento de datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y nuestra política de tratamiento, igualmente manifiesto que he sido informado de forma clara y precisa sobre los fines de su tratamiento.
- Declaro que entiendo que es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, de conformidad con la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. **Consulte la política de tratamiento de datos de BBVA SEGUROS DE VIDA en www.bbvaseguros.com.co.**

Autorización de información: Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que sea lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes.

Declaración de fuente de recursos: Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad.

Autorización para Solicitud de Historia Clínica: Con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos asumidos por la presente póliza y en desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que se expida si este llegare a celebrarse.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO. "LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO"

Firma del Solicitante

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

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Para constancia se firma en Cali Mayo a los 02 días del mes de Mayo de 2023

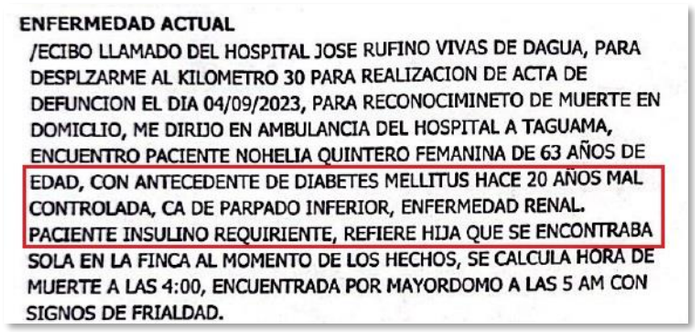
Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones BBVA Seguros: Carrera 9 # 72 - 21, Piso 8 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique Dajud Fernández Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C., Teléfono 3483385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes: Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Transcripción pertinente: *"Declaración de veracidad. Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguro y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización"*

Ahora bien, es claro que en el presente caso la asegurada tenía conocimiento de las consecuencias de la declaración inexacta o que no atienda a la verdad y, aún así, decidió declarar que no tenía ninguna enfermedad ocultando su verdadero estado de salud consistente en antecedentes de mellitus desde hace 20 años atrás tratada de manera inadecuada, tal como lo refleja la historia clínica del 4 de septiembre de 2023:



ENFERMEDAD ACTUAL

/ECIBO LLAMADO DEL HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS DE DAGUA, PARA DESPLZARME AL KILOMETRO 30 PARA REALIZACION DE ACTA DE DEFUNCION EL DIA 04/09/2023, PARA RECONOCIMINETO DE MUERTE EN DOMICLIO, ME DIRIJO EN AMBULANCIA DEL HOSPITAL A TAGUAMA, ENCUENTRO PACIENTE NOHELIA QUINTERO FEMANINA DE 63 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS HACE 20 AÑOS MAL CONTROLADA, CA DE PARPADO INFERIOR, ENFERMEDAD RENAL. PACIENTE INSULINO REQUIRIENTE, REFIERE HIJA QUE SE ENCONTRABA SOLA EN LA FINCA AL MOMENTO DE LOS HECHOS, SE CALCULA HORA DE MUERTE A LAS 4:00, ENCUENTRADA POR MAYORDOMO A LAS 5 AM CON SIGNOS DE FRIALDAD.

Además, la prexistencia de la enfermedad también será acreditada dentro de esta instancia con las historias clínicas solicitadas a las entidades de salud como el Hospital José Rufino Vivas y EPS Sanitas S.A.S., así como la solicitada a los demandantes. Lo que permitirá verificar la existencia de la enfermedad de diabetes mellitus mucho antes de que se surtiera la declaración de asegurabilidad de la señora Nohelia Quintero.

De esta manera, es claro que la asegurada ocultó a la aseguradora su verdadero estado de salud al momento de suscribir el contrato de seguro debido a que se le preguntó expresamente si sufría de diabetes mellitus, no obstante, procedió a responder negando sufrir dicha enfermedad. En este punto, es evidente que si la aseguradora hubiera tenido conocimiento de dicho antecedente hubiera contratado el seguro en condiciones más onerosas, lo hubiera contratado sin otorgar todos los amparos, o se habría abstenido de contratarlo en absoluto, más aun considerando que dicha diabetes mellitus se encontraba mal controlada lo que incluso representa un estado del riesgo mucho mayor del que le fue puesto en conocimiento a mi representada y con fundamento en el cual contrató.

Todo lo anterior significa que la señora Nohelia Quintero al momento de suscribir el contrato de seguro el 11 de febrero de 2021, ya contaba con un complejo diagnóstico de diabetes que, como se logra ver de la declaración de asegurabilidad suscrita por la asegurada, no fue mencionada de ninguna manera para que fuera tenida en cuenta dentro de la adecuación de riesgo realizada por la compañía aseguradora.

El Juzgado deberá advertir entonces, que la historia clínica de la señora Nohelia Quintero, la cual ha sido solicitada mediante derecho de petición, contiene anotaciones que indican la existencia de

diabetes mellitus. En otras palabras, resulta sumamente claro que el citado diagnóstico es una enfermedad prolongada en el tiempo que padeció, por lo menos, 20 años antes de su fallecimiento. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Quintero suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Nohelia Quintero ya contaba con diagnóstico de diabetes mellitus con anterioridad al mes de febrero de 2021 fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que esta patología y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al

> *"Séptima.- Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.*
>
> *En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*
>
> ***Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el***

> ***siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.*** *En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

En otras palabras, queda demostrado que la señora Nohelia Quintero, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, padecía y conocía de la existencia de su enfermedad de diabetes mellitus. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de ésta a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario su patología y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En resumen, la señora Nohelia Quintero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido sus antecedentes médicos con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, la historia clínica de la asegurada que, desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de

la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, es claro que se configura la nulidad relativa del contrato de seguro, pues la información falsa o incompleta brindada a la aseguradora en la declaración de asegurabilidad constituye la reticencia que la llevó a incurrir en error, viciando su consentimiento al momento de suscribir el contrato al punto de celebrarlo en condiciones con las que no hubiera estado de acuerdo de conocer el verdadero estado del riesgo. En este sentido, al ser un contrato nulo, la parte demandante no puede exigir el cumplimiento del mismo, pues este no cuenta con los requisitos esenciales que le permitan existir y surtir sus efectos en el espectro jurídico.

Por lo anterior solicito declarar probada la presente excepción.

2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA

En el presente caso, la parte demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento de la prestación derivada del contrato de seguro expedido por mi representada, comoquiera que no ostenta la calidad de beneficiario en el aseguramiento. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad bancaria que funja como tomadora y beneficiaria onerosa dentro del contrato de seguro. Maxime, cuando en las pretensiones de la demanda se busca el pago directo a los demandantes y también a las entidades financieras sin que haya existido ninguna subrogación frente a la calidad de acreedor de la deuda, lo que hace inviable los diferentes pedimentos, pues se reitera, los demandantes no son beneficiarios del seguro de vida grupo deudor.

En este orden de ideas no puede perderse de vista que la legitimación en la causa es el primer presupuesto que debe evaluarse antes de realizar cualquier estudio sobre un caso en particular. 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 (…)[6]" (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 (…)"[7].

En el mismo sentido, 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:

"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.[8]" (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora, en lo que concierne específicamente a casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, al indicar 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

---

[6] 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.

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

[8] Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

*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 (…)*

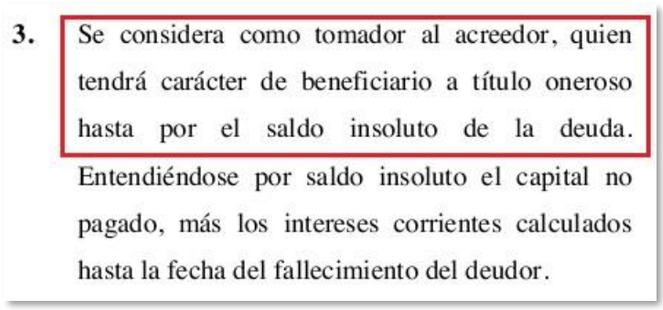
*Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que **el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del "exclusivo titular del crédito", porque se trataba de un "contrato de seguro destinado al pago de la deuda"** que el asegurado había 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" (…)*[9] *(Subrayado y negrita fuera del texto original).*

De este modo, para la nombrada Corte, especialmente en materia de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida.

[9] 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).

Aplicando la decantada postura jurisprudencial al caso concreto, se tiene que en las condiciones particulares del seguro de vida grupo deudores No. 022450000078109 se determina que la entidad bancaria tomadora del seguro ostenta la calidad de beneficiario oneroso por el saldo de la deuda al momento de la muerte del asegurado, veamos:



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.

De manera que el beneficiario del seguro que respalda el crédito adquirido por la señora Nohelia Quintero es el Banco BBVA, circunstancia que se confirma en el certificado del seguro emitido por mi prohijada el día 29 de abril de 2025, veamos:

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

C E R T I F I C A :

Que: La señora **NOHELIA QUINTERO (Q.E.P.D),** quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No**. 38.254.076**, adquirió la obligación No. **0013-0267-10-9600109916** con el Banco BBVA Colombia, la cual estuvo amparada bajo la póliza de seguro **Vida Grupo Deudor No. 02 245 0000078109,** certificado No. **0013-0267-13-4000731396,** con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	$291,291,278.22
Incapacidad total y permanente	$291,291,278.22

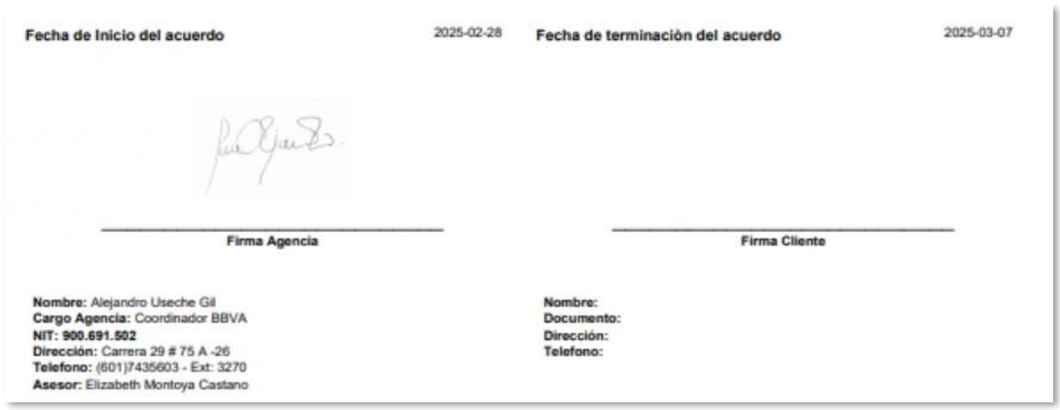
*Se aclara que el valor asegurado certificado en el presente documento, es el valor actual vigente a la fecha de expedición del documento y el mismo varía mes a mes, de acuerdo al valor adeudado. La última prima cobrada fue por $228.693 correspondiente al periodo del 03/10/2023 al 02/11/2023.

La póliza fue emitida con fecha 03/05/2023 y revocada el día 02/11/2023. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025).

Adicionalmente a lo mencionado, la parte demandante afirma haber llegado a un acuerdo de pago con la entidad bancaria a fin de pagar el saldo insoluto de la deuda, no obstante, el modelo de un acuerdo de pago que no se encuentra suscrito por los accionantes, por lo cual dicho documento no

acredita el acuerdo efectivo entre el acreedor de la deuda y los herederos de la asegurada, veamos:


Fecha de Inicio del acuerdo 2025-02-28 Fecha de terminaciòn del acuerdo 2025-03-07

Firma Agencia

Firma Cliente

Nombre: Alejandro Useche Gil
Cargo Agencia: Coordinador BBVA
NIT: 900.691.502
Dirección: Carrera 29 # 75 A -26
Telefono: (601)7435603 - Ext: 3270
Asesor: Elizabeth Montoya Castano

Nombre:
Documento:
Dirección:
Telefono:

A lo anterior debe sumarse el hecho de que no se allega prueba alguna que corrobore el pago del saldo insoluto de la deuda por parte de los familiares de la asegurada a la entidad financiera, situación que queda entonces en las simples afirmaciones del escrito de la demanda sin la virtualidad de alterar de manera alguna la legitimación en la causa por activa pues, aparte de que se estableció en las condiciones del contrato de seguro que el beneficiario oneroso de la deuda es la entidad financiera, la parte actora no cumplió la carga probatoria que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso con el fin de acreditar las afirmaciones respecto de las cuales espera que se generen determinados efectos jurídicos a su favor, en este sentido, los accionantes no se han subrogado en forma alguna para adelantar acciones judiciales en contra de la aseguradora con fundamento en el contrato de seguro.

De esta manera se concluye que los accionantes carecen de legitimación en la causa por activa al no ser titulares de la relación jurídico sustancial que les permita demandar la efectividad del contrato de seguro de vida grupo deudores No. 022450000078109, toda vez que en las cláusulas particulares del mentado acuerdo se estableció como beneficiario oneroso del seguro al mismo tomador, es decir, al Banco BBVA; demás, la calidad de beneficiario oneroso de este último se confirma en el certificado de seguro emitido por mi prohijada el día 29 de abril del año 2025 y no ha sido desvirtuado por la parte accionante ante la evidente ausencia de respaldo probatorio que dé cuenta de la supuesta subrogación que la habilita para reclamar la efectividad del seguro. Por lo tanto, al carecer de legitimación en la causa por activa, el Juzgado deberá proceder a su declaratoria y, en consecuencia, negar las pretensiones de la demanda atinentes a la afección de dicho contrato.

3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA 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, contrario a lo expresado en el escrito de la demanda. 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. Ahora bien, la parte actora pretende endilgar tal deber a mi representada omitiendo que no le correspondía el mismo toda vez que fue la asegurada quien le informó que no tenía ninguna enfermedad, por lo cual no existía motivos para que la aseguradora solicite exámenes médicos previo al contrato de seguro pues, en aplicación del principio de buena fe, debía creer en lo que la potencial asegurada manifestaba.

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".*

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la ubérrima bona fidei. La razón de esto es que en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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.

Por su parte, 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 jurídico[10].*
>
> *Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales[11]. 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*

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

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

desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer[12]*". (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

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

"Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. ***En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe****."*[13] *(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es decir, en los pronunciamientos más importantes 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 Gutiérrez, 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»*

---

[12] 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.

[13] Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» *al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*

Esto por cuanto, se reitera, ***el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.***

(...)

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

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****..."*[14] *(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

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

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

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

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Arturo Díaz Murillo expediente 2016- 0318 en relación a la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

> *"Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o*

requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto ubérrima bona fidei"

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

Conforme a lo mencionado, en el caso concreto no es aceptable que la parte demandante pretenda olvidar que el ordenamiento jurídico consagra la ubérrima buena fe del contrato de seguro como un principio aplicable a las partes del contrato y extensible a quienes participan del mismo de cualquier otra forma. Por lo tanto, resulta contrario a derecho justificar la omisión por parte de la señora Nohelia Quintero respecto del deber de informar sinceramente las condiciones de su estado de salud, bajo el argumento de que la aseguradora debía practicarle exámenes. Tal afirmación carece de sentido, pues en la práctica promociona el ejercicio de la desconfianza en los contratos de seguro al sugerir la inexistente obligación de practicar exámenes médicos pese a que el legislador la consagró solo como una facultad, y haciendo caso omiso al hecho de que nunca existió motivo para verificar médicamente el estado de salud de la asegurada pues mi prohijada confió, como era su deber, en la información suministrada asumiendo de esta manera un riesgo cuyas características distaban de la realidad.

Por lo manifestado anteriormente solicito declarar probada la presente excepción.

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

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

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

> *"4.2.* ***No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz*** *(...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro*[15]*. (negrilla y subrayas fuera del texto)".*

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

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar

[15] 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.

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

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

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

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

Por lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

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

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

> *"**ARTÍCULO 1059.** Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena".*

En conclusión, dado que la señora Nohelia Quintero fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocido por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. FALTA DE PRUEBA DE LA SUBROGACIÓN

Sin perjuicio de que la parte demandante no está legitimada en la causa por activa, de todas maneras, no existe prueba en el proceso del cumplimiento de los requisitos para que opere una eventual subrogación a su favor. Específicamente, los accionantes solicitan que se les restituyan los presuntos pagos hechos en favor de la entidad financiera BBVA con ocasión de un acuerdo. No obstante, no se aporta prueba alguna que dé cuenta del supuesto pago asumido, pues el documento del acuerdo se limita a ser un modelo de oficio carente de suscripción y, en igual medida, no existe constancia de que se haya realizado dicho pago. En otras palabras, no puede haber subrogación parcial en favor del extremo actor, comoquiera que en este caso el demandante no ha asumido con su propio peculio los valores del crédito.

En este punto, es importante resaltar que la subrogación a la luz del artículo 1666 del Código Civil implica la transmisión de los derechos del acreedor a un tercero, que le paga. Sin embargo, tal afirmación requiere de prueba que acredite fehacientemente quien es ese tercero que ha sufragado la prestación debida, pese a lo anterior, en este proceso no se ha allegado prueba de que el demandante, haya asumido con su propio patrimonio cuota alguna del crédito. Por ende, no queda duda que no se ha probado que haya existido el presunto pago y menos que provenga del demandante, lo que a la postre desvirtúa una posible subrogación a favor de aquel.

Por lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

7. IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE LOS SUPUESTOS HONORARIOS EN QUE INCURRIERON LOS DEMANDANTES, PUES SE PIDEN EN LA DEMANDA COMO COSTAS Y NO COMO UN PERJUICIO DE TIPO PATRIMONIAL, POR LO QUE SU TASACIÓN SE SOMETE A LA LEY.

La parte demandante pretende el pago de los honorarios en los que supuestamente ha incurrido con ocasión del presente proceso, sin embargo, tal pedimento olvida que el reconocimiento de las costas y agencias en derecho solo procede respecto de quien obtiene una sentencia favorable y, en todo caso, esta sigue las reglas establecidas en el artículo 366 del Código General del Proceso, así como por el acuerdo PSAA16-10554 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, por lo que no es posible buscar la recuperación o resarcimiento del supuesto dinero invertido en honorarios desconociendo las disposiciones que regulan la materia.

Conforme a lo mencionado, téngase en cuenta que el artículo 366 del Código General del Proceso establece:

> ***"ARTÍCULO 366. LIQUIDACIÓN.*** *Las costas y agencias en derecho serán liquidadas*

de manera concentrada en el juzgado que haya conocido del proceso en primera o única instancia, inmediatamente quede ejecutoriada la providencia que le ponga fin al proceso o notificado el auto de obedecimiento a lo dispuesto por el superior, con sujeción a las siguientes reglas (…)"

De manera complementaria**,** el acuerdo No. PSAA16-10554 del Consejo Superior de la Judicatura estableció los parámetros para el cálculo de las agencias en derecho en la especialidad civil como se muestra a continuación:

"ARTÍCULO 1º. Objeto y alcance. *El presente acuerdo regula las tarifas para efectos de la fijación de agencias en derecho y se aplica a los procesos que se tramiten en las especialidades civil, familia, laboral y penal de la jurisdicción ordinaria y a los de la jurisdicción de lo contencioso administrativo".*

Conforme a lo señalado, es claro que las disposiciones en cuestión fueron establecidas con el fin de determinar los derroteros que lleven al Juez a liquidar las costas y agencias en derecho respectivas. Así, lo solicitado por la parte actora en sus pretensiones se puede clasificar como costas y agencias en derecho, las cuales solo se causan a favor de la parte vencedora y se liquidan tal como las disposiciones normativas citadas lo indican, razones por las cuales no pueden ser reconocidas como un perjuicio de carácter patrimonial en los términos y alcances descritos en el escrito de demanda.

Ahora bien, dentro del concepto de costas y agencias en derecho claramente se incluyen los honorarios del abogado que representa a la parte en el respectivo asunto, motivo por el cual, los accionantes no pueden desconocer que dicho concepto queda comprendido dentro de las normas procesales especiales para su reconocimiento, las cuales contienen directrices bastante diferenciadas de la forma en la que la parte demandante solicita el pago de dicho dinero.

Por lo anterior, la pretensión elevada por la parte demandante deberá ser negada toda vez que obedece al reconocimiento de costas y agencias en derecho las cuales deben seguir las reglas de las normas procesales y especiales en tanto solo pueden ser reconocidas en cabeza de quien cuenta con una sentencia favorable a sus intereses, y liquidadas conforme a los parámetros claramente establecidos en el artículo 366 del Código General del Proceso y el acuerdo PSAA16-10554 del Consejo Superior de la Judicatura.

8. INEXISTENCIA Y TASACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS MORALES PRETENDIDOS POR LOS DEMANDANTES

En este punto es importante precisar que la jurisprudencia nacional no presume la causación de perjuicios morales con ocasión de supuestos daños causados al patrimonio de quienes los

reclaman, siendo necesario que la parte demandante acredite la existencia de dicho perjuicio en cumplimiento de lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, no obstante lo anterior, en el presente caso no existe ninguna prueba que dé cuenta que los accionantes han sufrido un perjuicio moral que deba ser objeto de resarcimiento, por lo que dicha pretensión deberá negarse.

Frente al este tipo de perjuicio, la Corte ha reseñado que el mismo "*no constituye un «regalo u obsequio»*," por el contrario se encuentra encaminado a "*reparar la congoja, impacto directo en el estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares*"[16], con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa, sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia[17].

En segundo lugar, resulta igualmente pertinente recordar que en lo que hace a la ponderación de los daños morales, si bien la misma se encuentra deferida "al arbitrium judicis", es decir, al recto criterio del fallador, estos deben ser debidamente acreditados, demostrados y tasados por quien las pretende, so pena de que los mismos se nieguen.

Así, en el caso concreto, la parte demandante ha solicitado el reconocimiento de este perjuicio por la suma de $20.000.000 para cada uno de los accionantes argumentando que el no pago de seguro ha dado lugar a la existencia de un proceso ejecutivo en su contra, situación que los ha afectado psicológicamente. No obstante lo anterior, dicha afirmación se limita a ser una manifestación subjetiva carente de prueba, pues no allega prueba ninguna al expediente que ate dicho daño al no reconocimiento del pago del seguro y, mucho menos, que acredite siquiera la existencia del supuesto daño.

Por lo anterior, al no encontrarse acreditado el perjuicio reclamado y carecer este de presunción de existencia para los supuestos que envuelven el caso bajo estudio, resulta evidente que no se ha cumplido la carga impuesta por el artículo 167 del Código General del Proceso, lo que, en consecuencia, debe llevar al Juzgado a la inminente decisión de negar dicha pretensión.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

[16] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad. 2004-032 (M.P.: Luis Armando Tolosa Villabona).
[17] Ídem

9. AUSENCIA DE LA CONFIGURACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN PARA ALEGAR LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que, contrario a lo manifestado por la parte demandante, la posibilidad de solicitar la nulidad relativa del contrato de seguro en virtud de la reticencia de la asegurada al momento de declarar el estado del riesgo no ha prescrito. Así, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. En ese sentido, la lectura de la norma en cuestión nos permite inferir que aún no se ha cumplido el término atinente a la prescripción, motivo por el cual la solicitud de nulidad se presenta de manera tempestiva.

Para los efectos anteriores, es importante tener en consideración lo preceptuado por le artículo 1081 del Código de Comercio:

> *"**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.

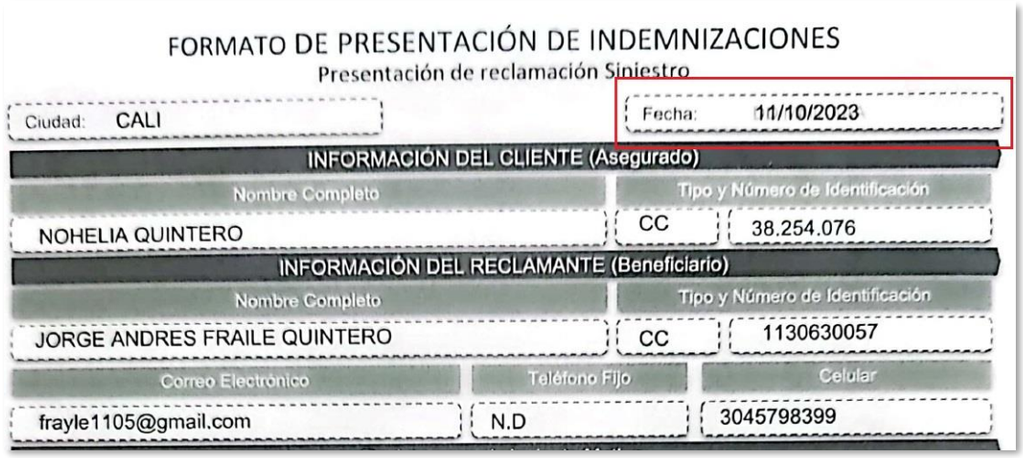
Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ***ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...),*** ***al 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."*[18] (Subrayado fuera del texto original)

Conforme a lo anterior, debe tenerse en cuenta que ninguno de los dos términos se ha configurado en el presente caso como pasa a explicarse a continuación.

Respecto de la prescripción ordinaria de 2 años, debe señalarse que esta empieza a contabilizarse desde el conocimiento real o presunto del hecho que motiva la acción o, en este caso, la excepción de nulidad por reticencia, de tal manera que el punto de partida para la contabilización correspondiente será el momento en que se solicita la afectación del contrato de seguro, hito histórico en el cual mi prohijada conoce de las preexistencias de la asegurada y a partir del cual le es posible verificar que la declaración de asegurabilidad no se respondió de manera honesta. En este sentido, la solicitud de indemnización fue presentada el día 11 de octubre de 2023 como se muestra a continuación:

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

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212



FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Presentación de reclamación Siniestro

Ciudad: CALI		Fecha: 11/10/2023	
INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)			
Nombre Completo		Tipo y Número de Identificación	
NOHELIA QUINTERO		CC	38.254.076
INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)			
Nombre Completo		Tipo y Número de Identificación	
JORGE ANDRES FRAILE QUINTERO		CC	1130630057
Correo Electrónico	Teléfono Fijo	Celular	
frayle1105@gmail.com	N.D	3045798399	

Conforme se verifica, apenas en la fecha referida mi prohijada tuvo conocimiento de que la declaración de asegurabilidad no fue respondida con la verdad y que la asegurada contaba con antecedentes de diabetes mellitus desde hace 20 años, situación que no podía conocer antes, pues en el formulario entregado a la asegurada mediante el cual se indagó su estado de salud nunca se puso de presente dicha situación.

Según lo expuesto, la fecha para iniciar la contabilización del término prescriptivo de 2 años es el día 11 de octubre de 2023, por lo que dicho fenómeno no se ha configurado aún, siendo propuesta la presente excepción de forma tempestiva.

Ahora bien, si se considera que la prescripción aplicable es la extraordinaria, debe tenerse en cuenta que desde el mismo momento de la suscripción del contrato de seguro, esto es el 11 de febrero de 2021, surgió en cabeza de mi representada el derecho a solicitar la nulidad relativa del contrato de seguro pues es desde dicha época que este se celebró haciéndose presente el error como vicio de consentimiento.

En concordancia con lo anterior, el término prescriptivo se cuenta desde la fecha ya referida y se hubiera cumplido únicamente hasta el día 11 de febrero de 2026 completando los 5 años para la prescripción extraordinaria previstos en la norma. Luego, la nulidad solicitada se presenta de forma tempestiva.

Conforme a lo anterior, es claro que en el presente caso no se configura el fenómeno prescriptivo, permitiendo a mi apoderada alegar de manera tempestiva la nulidad relativa del contrato de seguro pues, frente al término de 2 años contemplado para la prescripción ordinaria, este empezó a contabilizarse el día 11 de octubre de 2023 sin que a la fecha de presentación de este escrito se haya cumplido el término señalado. Ahora bien, frente a la prescripción extraordinaria, la oportunidad con la que se presenta la excepción de nulidad por reticencia es aún más evidente, toda vez que el término prescriptivo de 5 años empezó a contabilizarse el día 11 de febrero de 2021 sin que a la fecha se haya cumplido el lustro referido en la norma.

Por lo anterior, solicito declarar probada la presente excepción.

10. EN CASO DE UNA POSIBLE SUBROGACIÓN, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. SOLO SE ENCUENTRA OBLIGADA A PAGAR EL VALOR QUE EFECTIVAMENTE SE HUBIERA CANCELADO AL ACREEDOR.

Esta excepción se propone sin perjuicio de las anteriores y sin que ello implique admisión de responsabilidad a cargo de mi representada. De esta manera, resulta necesario precisar que, solo en el remoto y eventual caso en que se determine que existió una subrogación en favor de los demandantes con ocasión del supuesto pago referido en el escrito de la demanda efectuado dentro del proceso ejecutivo con radicación No. 76001310300620230004200, mi representada estará obligada a cancelar el equivalente al valor que dichos accionantes hubieren transferido a la entidad financiera con el fin de saldar el crédito inicialmente otorgado a favor de la señora Nohelia Quintero y cobrado por la vía ejecutiva.

Conforme a lo señalado, recuérdese que el artículo 1666 del Código Civil prevé la figura de la subrogación definiéndola como se lee a continuación:

> ***"ARTICULO 1666. DEFINICION DE PAGO POR SUBROGACION.*** *La subrogación es la transmisión de los derechos del acreedor a un tercero, que le paga."*

De esta manera, se tiene que en el presente caso el acreedor del crédito otorgado a la señora Nohelia Quintero es el Banco BBVA, quien además es el beneficiario oneroso del contrato de seguro. Adicionalmente, los accionantes hacen referencia a la supuesta existencia de un proceso ejecutivo en su contra adelantado por dicho acreedor con el radicado No. 76001310300620230004200, proceso cuya existencia resulta extraña a mi prohijada.

En este orden de ideas, los ahora demandantes señalan que el proceso adelantado por la entidad financiera fue objeto de un acuerdo con el fin de terminar el mismo, por lo que tuvieron que cancelar a Banco BBVA una suma de dinero que no se encuentra acreditada en el plenario.

Pues bien, debe reiterarse inicialmente que mi prohijada no se encuentra obligada al pago de ninguna suma de dinero en tanto el contrato es anulable con ocasión de la reticencia de la asegurada al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, además, la parte demandante no ha acreditado el pago de la suma que refiere en el escrito de la demanda por lo que los hechos atinentes a la disminución de su patrimonio con ocasión del proceso ejecutivo simplemente se encuentran carentes de respaldo.

No obstante lo anterior, si el Despacho llegare a considerar que mi prohijada tiene a su cargo la

obligación indemnizatoria prevista en el contrato de seguro con ocasión del pago efectuado por los demandantes, debe señalarse que solo en dicho evento remoto e improbable el juzgado estaría dando lugar a la existencia de la subrogación en los términos de la norma ya citada, por lo que los accionantes estarían tomando el lugar del banco dentro del crédito que motivó la suscripción del contrato de seguro.

En concordancia con lo manifestado, la parte demandante solo podría ejercer dicha subrogación con el fin de obtener el pago del valor que inicialmente canceló a la entidad financiera sin lugar a que se reconozca suma adicional de dinero, pues si es cierto que se llegó a un acuerdo para poner fin al proceso ejecutivo exigiendo el pago de una cifra menor a la supuestamente adeudada en un inicio, resulta evidente que la obligación fue novada por una de una cuantía menor respecto de la cual los ahora demandantes procedieron a su pago. En este sentido, la supuesta obligación a cargo de mi representada se encontraría claramente delimitada por el valor cancelado a la entidad financiera sin que sea admisible bajo ningún presupuesto que deba cancelar una cifra mayor.

Conforme a lo anterior, esta parte reitera que en el presente caso no existe obligación alguna a cargo de mi prohijada con ocasión de la nulidad relativa del contrato de seguro y de que, en todo caso, los demandantes no han acreditado la supuesta existencia del proceso ejecutivo adelantado por la entidad financiera, y mucho menos de un pago generado a favor de la entidad financiera que surgiera de un acuerdo para dar por terminado el cobro judicial de la obligación que inicialmente se encontraba en cabeza de la señora Nohelia Quintero. No obstante, en caso de que el Despacho encontrare acreditada la subrogación con fundamento en el pago que los demandantes alegan, dicha figura implicaría una delimitación de la obligación a cargo de mi representada, limitándose al deber de pagar a los accionantes el mismo valor que cancelaron a la entidad bancaria sin que exista la posibilidad de que les sea reconocido valor adicional alguno.

11. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. DEBIDO A QUE LA PARTE DEMANDANTE NO HA ACREDITADO LA CUANTÍA DEL SALDO DE LA OBLIGACIÓN

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que la obligación de la aseguradora se circunscribe al saldo del crédito otorgado al asegurado que se encuentre pendiente de pago. Así, en el presente caso se verifica que la parte demandante afirma haber cancelado una suma de dinero a Banco BBVA para poner fin al proceso ejecutivo en su contra identificado con el radicado No. 76001310300620230004200, sin embargo, no se ha acreditado ni el pago ni la cuantía mencionada que podría ser asimilada al saldo de la obligación que fue cubierto con el objetivo de poner fin a la misma, motivo por el cual, según lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, mi representada no se encuentra obligada al pago de ningún valor al resultar este meramente hipotético y carente de sustento probatorio.

Conforme a lo mencionado, debe recordarse que al seguro de vida grupo deudores delimita de manera clara la obligación monetaria de la asegurada circunscribiendo la misma al saldo de lo adeudado a la entidad financiera. En este orden de ideas, el asegurado debe demostrar la cuantía de dicho saldo en atención a lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio:

> ***"ARTÍCULO 1077. CARGA DE LA PRUEBA.*** *Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.*
>
> *El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad."*

De esta manera, la parte demandante afirma haber acordado el pago de una suma determinada de dinero a favor del Banco BBVA con el objetivo de poner fin al proceso ejecutivo adelantado por este en su contra el cual se estaría tramitando bajo el radicado No. 76001310300620230004200. Por lo tanto, al acordar el pago de una suma de dinero dentro del trámite judicial, esta se tornaría en el saldo adeudado admitido por el banco cuyo pago podría dar paso a la liberación de la deuda por el pago de la obligación.

No obstante lo anterior, en el presente caso la parte demandante no ha allegado prueba alguna que dé cuenta del supuesto pago efectuado previo acuerdo con la entidad financiera con el objetivo de dar por terminado el proceso ejecutivo ya referido.

En efecto, la suma relacionada en el escrito de la demanda y la supuesta cancelación de esta por los demandantes, se limita a existir en las afirmaciones plasmadas en los hechos de la demanda sin contar con sustento alguno que indique se las mismas se materializan en el mundo real, motivo por el cual la parte actora no ha dado cumplimiento a la carga de la acreditación de la cuantía señalada en el artículo 1077 del Código de Comercio.

Conforme a la línea argumentativa expuesta, a mi representada no el es imputable obligación alguna con ocasión del presente proceso pues la norma comercial es clara en que la misma se circunscribe a la acreditación de los dos supuestos contemplados en el artículo 1077 ya referido, por lo tanto, el incumplimiento de dicha carga no puede acarrear los efectos que la parte demandante sugiere en sus pretensiones.

Según lo expuesto, se concluye que los demandantes tienen la carga probatoria a fin de acreditar la cuantía del supuesto pago efectuado al Banco BBVA con el propósito de poner fin al proceso ejecutivo que afirman que dicha entidad financiera instauró en su contra. No obstante lo anterior, el presente proceso tiene una total orfandad probatoria al respecto, por lo que la parte interesada no cumplió la exigencia contemplada en el artículo 1077 del Código de Comercio impidiendo el

surgimiento de la obligación condicional plasmada en el contrato de seguro.

12. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE CANCELAR LOS INTERESES PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO POR PARTE DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Es claro que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que el asegurado cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., ante la ausencia de acreditación la cuantía de la pérdida no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando la parte demandante no ha demostrado fehacientemente la ocurrencia la cuantía de la pérdida porque nótese que ni siquiera en esta instancia judicial ha probado el supuesto pago efectuado al Banco BBVA. Por lo anterior mientras se encuentre insatisfecho el presupuesto anterior no es posible afirmar que haya nacido obligación alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

Debe decirse que en este caso se encuentra en una enorme zona de penumbra frente a los hechos atinentes al supuesto pago de una suma de dinero a favor de la entidad bancaria. Es decir se encuentra insatisfecho el cumplimiento de la acreditación de la cuantía de la perdida, y siendo este elemento esencial en los términos del artículo 1077 del C.Co para acreditar el derecho a recibir una indemnización por parte del asegurador debe afirmarse enfáticamente que mientras no se pruebe tal presupuesto no es posible considerar que ha nacido a la vida jurídica la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Por lo dicho, salta a la vista que el asegurado no ha acreditado la cuantía de la pérdida, por ende no podría tampoco predicarse la mora de una obligación que no ha surgido como consecuencia de la misma omisión en la acreditación de las cargas del artículo 1077 del C.Co que se encuentra en cabeza de los demandantes.

Ahora bien, debe dejarse claro que en el hipotético y remoto evento en que el Honorable Despacho considere que la indemnización es procedente y que existe obligación por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., se deberá tener en consideración que la certeza sobre dicho derecho sólo quedará probado al momento de proferirse sentencia, por lo que si el Despacho encontrara sustento de tal pretensión es claro que ello implicaría que los presupuestos del artículo 1077 se demostraron en el curso del proceso, después de surtirse el debate probatorio y por ende no podría condenarse al pago de intereses moratorios desde el momento en que se presentó la demanda, se notificó su auto admisorio, o incluso antes de dichos eventos.

Como sustento de lo anterior, se encuentra que la Corte Suprema de Justicia en cuanto al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, ha establecido en distintas oportunidades

que éstos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

> *"(…)* ***Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios****, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para* ***disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo*** *(…)"*[19]

Aunado al anterior pronunciamiento, es relevante resaltar cómo la Corte Suprema ha dicho que la sanción a la que corresponde los intereses de mora no puede ser aplicada de manera objetiva, sino que debe atenderse al caso concreto a fin de evaluar el motivo de retardo en el pago, lo anterior en palabras de la Corte al indicar que:

> *"(…) De igual modo, en providencia del 29 de abril de 2005, reiteró: " a la luz de los principios generales relativos al retardo en el cumplimiento de las obligaciones, principios en los que claramente se sustenta el precepto contenido en el artículo 1080 del C. de Co., desde el momento en que de acuerdo con este precepto ha de entenderse que comienza la mora del asegurador, es decir desde el día en que la deuda a su cargo es líquida y exigible, o mejor, lo habría sido racionalmente si no hubiere diferido sin motivo legítimo la liquidación de la indemnización y el consiguiente pago, dicho asegurador, además de realizar la prestación asegurada, está obligado al resarcimiento de los daños (…)"*
>
> *Los fragmentos jurisprudenciales que acaban de citarse explican que la aseguradora sólo incurre en mora cuando no paga la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha de la reclamación, si ésta se ha hecho debidamente por el asegurado y con el cumplimiento de las carga probatorios sobre la existencia del siniestro y el valor del daño.*
>
> *Pero esta sanción-ha afirmado esta Corte-no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador, por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación.*

[19] Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

En ese orden- prosiguió esta corporación- si la excusa de la aseguradora consiste en que no fue posible determinar el monto del daño, y logra probar ese hecho en el proceso, entonces no habrá lugar a imponerle sanción alguna, porque es claro que la falta de satisfacción oportuna de la obligación no se debió a su culpa, tal como ha sido explicado por esta sala: "En consecuencia, el monto líquido de la prestación es presupuesto estructural de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (in illiquidis mora non fit), razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria (…)"[20]*. (Sentencia de 27 de agosto de 2008.Exp- 1997-14171-01*

Lo anterior, deja claro que como a la fecha no se ha demostrado el valor de la cuantía de la pérdida reclamada, es claro que únicamente con la decisión final que adopte el juzgador se podrá establecer si efectivamente se cumplen las cargas del artículo 1077 del C.Co y en efecto se otorgará certeza al derecho pretendido, por lo que de ninguna manera se podría condenar al pago de intereses moratorios desde que el demandante efectuó la notificación del auto admisorio de la demanda, o desde que presentó la misma, o incluso desde eventos anteriores. Luego, antes de proferirse el fallo no existe certeza sobre la obligación presuntamente pendiente de indemnizar.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

13. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley o en el contrato por el cual se vincula a mi mandante, lo anterior en atención al mandado contenido en el artículo 282 del Código General del Proceso.

VI. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA DEMANDA

A. INTERVENCIÓN FRENTE A DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de controvertir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

[20] Corte Suprema de Justicia, sentencia SC 5681 de 2018, MP. Ariel Salazar Ramírez

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

B. <u>RATIFICCIÓN DE DOCUMENTOS</u>

El artículo 262 del Código General del Proceso faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar que esta disposición establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo: *"(…) Artículo 262. Documentos declarativos emanados de terceros. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, salvo que la parte contraria solicite su ratificación (…)".* Entonces, cabe resaltar que Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo. En tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras esta no solicite y obtenga su ratificación y entre ellos, de manera enunciativa enumero el siguiente:

- Cuentas de cobro por concepto de honorarios de abogado expedidas por Carlos Andrés Segovia.
- Cuentas de cobro por concepto de honorarios de abogado expedidas por la Dra. Vanessa Castillo Velásquez.

VII. MEDIOS DE PRUEBA

DOCUMENTALES

- Certificado del de seguro de vida grupo deudores No. 02 2450000078109 y sus condiciones generales.
- Acta de defunción de la señora Nohelia Quintero, con el anexo que la acompaña, expedido por el Hospital José Rufino Vivas.
- Derecho de petición enviado al Hospital José Rufino Vivas, con la respectiva constancia de radicación.
- Derecho de petición enviado a Sanitas EPS S.A.S., con la respectiva constancia de radicación.
- Derecho de petición enviado a los demandantes a través del correo de su apoderada, con la respectiva constancia de radicación.

INTERROGATORIO DE PARTE

- Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su Despacho a la señora LEIDY JOE SMITH GIRALDO QUINTERO para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, que le formularé sobre los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser notificada en la dirección que para el efecto refiere en el escrito de la demanda.

- Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su Despacho al señor OSCAR EDUARDO GIRALDO QUINTERO para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, que le formularé sobre los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser notificada en la dirección que para el efecto refiere en el escrito de la demanda.

- Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su Despacho a la señora YULI ALEJANDRA GIRALDO QUINTERO para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, que le formularé sobre los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser notificada en la dirección que para el efecto refiere en el escrito de la demanda.

- Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su Despacho al señor JORGE ANDRES FRAILE QUINTERO para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, que le formularé sobre los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser notificada en la dirección que para el efecto refiere en el escrito de la demanda.

- Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su Despacho al señor LUIS HEBERTH FRAILE QUINTERO para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, que le formularé sobre los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser notificada en la dirección que para el efecto refiere en el escrito de la demanda.

DECLARACIÓN DE PARTE

En virtud de lo establecido en el artículo 165 y 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,** para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda y las excepciones formuladas. El representante legal podrá ser citado en la dirección de correo electrónico judicialesseguros@bbva.com.

TESTIMONIALES

- Respetuosamente me permito solicitar que se decrete el testimonio de la doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.061.751.492 de Popayán, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán, y puede ser citada en la Carrera 2 Bis No. 4-16, o en la dirección electrónica darlingmarcela1@gmail.com cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las características la Póliza vinculada al proceso, sobre la ausencia de cobertura material y exclusiones, y sobre los hechos objetos de litigio; los límites a los valores asegurados, el deducible, la cobertura temporal de la póliza y sobre los demás aspectos relevantes sobre el particular.

- Solicito se sirva citar al doctor **JAVIER ALBERTO VELOZA BARAHONA**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.020.788.526, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la asegurada, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la asegurada de cara al contrato de seguro comentados en este litigio, además, puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, tratativas preliminares al perfeccionamiento del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

  El testigo podrá ser ubicada en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 No. 72 - 21 Piso 8 de la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico: javieralberto.veloza@bbva.com.

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarifación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías de la señora NOHELIA QUINTERO se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la señora NOHELIA QUINTERO era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que los mencionados documentos han tenido que ser solicitados en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud, pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

  Historia clínica completa de la señora Nohelia Quintero desde el año 2000 al mes de septiembre de 2023 cuando se produce su deceso.

  El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que la señora Nohelia Quintero sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza de Vida Grupo Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda.

- 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 Hospital José Rufino Vivas quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

  Historia clínica completa de la señora Nohelia Quintero desde el año 2000 al mes de septiembre de 2023 cuando se produce su deceso.

  El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que la señora Nohelia Quintero sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza de Vida Grupo Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la

parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda.

El Hospital José Rufino Vivas puede ser notificado en los correos electrónicos hospitaldagua@gmail.com y hjrv@hospitaldagua.gov.co .

- Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como "un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley."; Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar a Sanitas EPS S.A.S. quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

  Historia clínica completa de la señora Nohelia Quintero desde el año 2000 al mes de septiembre de 2023 cuando se produce su deceso.

  El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que la señora Nohelia Quintero sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza de Vida Grupo Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda.

  Sanitas EPS S.A.S. puede ser notificada en el correo electrónico notificajudiciales@keralty.com.

OFICIOS

- Comedidamente ruego se oficie a los demandantes, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Nohelia Quintero, identificada en vida con cédula de ciudadanía No. 38.254.076 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al mes de septiembre de 2023.

  El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Nohelia Quintero, identificado con cédula de ciudadanía No. 38.254.076 sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula en caso de que los demandantes no den respuesta al Derecho de Petición que fue efectivamente radicado en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

- Comedidamente ruego se oficie a **HOSPITAL JOSÉ RUFINO VIVAS**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica la señora Nohelia Quintero, identificado con cédula de ciudadanía No. 38.254.076 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al mes de septiembre de 2023.

  El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Nohelia Quintero, identificado con cédula de ciudadanía No. 38.254.076 sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

  Esta solicitud se formula en caso de que la entidad de salud no dé respuesta al Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

  HOSPITAL JOSÉ RUFINO VIVAS puede ser notificada en los correos electrónicos hospitaldagua@gmail.com y hjrv@hospitaldagua.gov.co.

- Comedidamente ruego se oficie a **SANITAS EPS S.A.S.**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica la señora Nohelia Quintero, identificado con cédula de ciudadanía No. 38.254.076 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al mes de septiembre de 2023.

  El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Nohelia Quintero, identificado con cédula de ciudadanía No. 38.254.076 sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

  Esta solicitud se formula en caso de que la entidad de salud no dé respuesta al Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

- **SANITAS EPS S.A.S.** puede ser notificada en el correo electrónico notificajudiciales@keralty.com

VIII. ANEXOS

1. Poder especial otorgado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y el mensaje de datos mediante el cual fue remitido al suscrito.
2. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
3. Las demás relacionadas en el acápite de pruebas.

IX. NOTIFICACIONES

La parte demandante, en el lugar indicado en el escrito demandatorio.

Mi representada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** en la Carrera 9 No. 72-21 de la ciudad de Bogotá D.C. Dirección de correo electrónico judicialesseguros@bbva.com

El suscrito recibirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la Avenida 6ª Bis No.35N–100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C No. 19.395.114 de Bogotá D.C
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.