

Señores

JUZGADO DIECISIETE (17) CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

j17cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
RADICADO: 680014003017-2025- 00337- 00
DEMANDANTE: EDINSON FABIAN FLOREZ ROJAS
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

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

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

Me permito contestar la demanda siguiendo la secuencia y el orden cronológico en que han sido planteados en el capítulo de hechos de la demanda.

FRENTE AL HECHO 5.1: No me consta, dado que se trata de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., y que en todo caso deberán ser probadas en la oportunidad procesal correspondiente mediante los medios probatorios útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO 5.2: No me consta, dado que se trata de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., y que en todo caso deberán ser probadas en la oportunidad procesal correspondiente mediante los medios probatorios útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO 5.3: No me consta, dado que se trata de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., y que en todo caso deberán ser probadas en la oportunidad procesal correspondiente mediante los medios probatorios útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO 5.4: No me consta, dado que se trata de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., y que en todo caso deberán ser probadas en la oportunidad procesal correspondiente mediante los medios probatorios útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO 5.5: Es parcialmente cierto. En efecto, el señor Edinson Fabián Flórez Rojas suscribió la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022 para su inclusión en el amparo de la póliza de seguro de vida individual deudor, asociada a la obligación financiera terminada en **1118. Dicha póliza, emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene como finalidad garantizar al beneficiario oneroso de la obligación, esto es, el Banco BBVA Colombia S.A., el pago del saldo insoluto en caso de presentarse los riesgos de incapacidad total y permanente o fallecimiento del deudor.

Sin embargo, debe advertirse que la operatividad de dicho seguro no es automática ni de facto, sino que se encuentra sujeta al cumplimiento de requisitos y condiciones expresamente establecidos en el contrato. En el presente caso, no hay lugar a la afectación del amparo por invalidez, pues el asegurado incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, al omitir declarar su verdadero estado de salud, ya que para la fecha de suscripción del 31 de marzo de 2022 contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad; condiciones todas ellas relevantes para la adecuada valoración del riesgo asegurado y que debieron ser declaradas de manera completa y veraz en el formulario de asegurabilidad.

La omisión de estos antecedentes impidió a esta parte valorar adecuadamente el riesgo asegurado y vicia el consentimiento otorgado en la contratación, pues de haberse conocido dicha información, la aseguradora se habría abstenido de celebrar el contrato o lo habría hecho en condiciones más onerosas. Por todo ello, esta parte invoca la nulidad relativa del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 5.6: No me consta, dado que se trata de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., y que en todo caso deberán ser probadas en la oportunidad procesal correspondiente mediante los medios probatorios útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO 5.7: No me consta, pues se trata de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y que en todo caso deberán probarse en la oportunidad procesal correspondiente, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducentes para tal fin.

Sin embargo, es importante advertir que la situación médica psiquiátrica que alega el actor en nada desvirtúa la configuración de la reticencia invocada por esta parte. Si bien el diagnóstico psiquiátrico fundamenta la calificación final de pérdida de capacidad laboral del 71.68% que él pretende hacer valer, debe precisarse que la reticencia no se evalúa en función de si este diagnóstico específico se estructuró o sobrevino después de la suscripción de la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022. Por el contrario, lo que se sanciona jurídicamente es que el asegurado haya omitido declarar de forma veraz su estado de salud preexistente y relevante al momento de celebrar el contrato, impidiendo así que la aseguradora valorara correctamente el riesgo asumido.

Para la fecha de suscripción ya contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

La omisión de tales antecedentes rompió el equilibrio contractual al viciar el consentimiento de la aseguradora, al privarla de la posibilidad de valorar de forma real y completa el estado de salud y el riesgo asegurado. Por ello, resulta procedente invocar la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 5.8: No me consta, por tratarse de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., las cuales deberán ser probadas por la parte actora en la oportunidad procesal correspondiente, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducentes.

FRENTE AL HECHO 5.9: No me consta, por tratarse de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., las cuales deberán ser probadas por la parte actora en la oportunidad procesal correspondiente, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducentes.

FRENTE AL HECHO 5.10: No me consta, por tratarse de circunstancias propias del historial médico y administrativo del actor, ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., y cuya acreditación corresponde exclusivamente a la parte demandante en la oportunidad procesal correspondiente, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducentes.

En todo caso, debe advertirse que la calificación del 100% de pérdida de capacidad laboral otorgada en el dictamen del 18 de mayo de 2023, aun cuando incluya como diagnóstico presuntamente nuevo “A1 TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO PARANOIDE CON DISCAPACIDAD COGNITIVA, FUNCIONAL Y SOCIAL”, no puede interpretarse como un hecho sobreviniente posterior a la suscripción de la declaración de asegurabilidad del 31 de marzo de 2022. Por el contrario, conforme al artículo 1073 del Código de Comercio, el riesgo de incapacidad ya se encontraba en desarrollo desde años anteriores, como lo acreditan las calificaciones previas de pérdida de capacidad laboral del 14 de abril de 2010 con un 10%, del 8 de septiembre de 2010 con un 20.35% y del 29 de marzo de 2011 con un 28.32%, reflejando una disminución estructurada y progresiva de la capacidad laboral del asegurado. En este sentido, aunque la formalización de la invalidez total del 100% haya ocurrido durante la vigencia de la póliza, el origen del riesgo es anterior a su inicio, lo que excluye la cobertura asegurativa. Así, se configura la hipótesis prevista en el artículo 1073, que expresamente exime de responsabilidad al asegurador cuando el siniestro se ha iniciado antes del comienzo de la vigencia de la póliza y continúa después, razón por la cual mi representada no está llamada a asumir la indemnización reclamada.

FRENTE AL HECHO 5.11: Es cierto, sin embargo, debe precisarse que respecto a la obligación financiera terminada en **1118, asegurada bajo la póliza de seguro de vida individual deudor, no hay lugar a reconocer el cubrimiento pretendido, en atención a la reticencia en que incurrió el asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022.

Para la fecha de suscripción ya contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad

La omisión de tales antecedentes rompió el equilibrio contractual al viciar el consentimiento de la aseguradora, al privarla de la posibilidad de valorar de forma real y completa el estado de salud y el riesgo asegurado. Por ello, resulta procedente invocar la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

En segundo lugar, respecto a la obligación terminada en **213942 correspondiente a tarjeta de crédito, debe señalarse que, conforme a las políticas internas de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., este tipo de coberturas no exige la suscripción de declaración de asegurabilidad para su aprobación, por tanto, ante la solicitud de cubrimiento presentada para la tarjeta de crédito, la aseguradora procedió con el pago inmediato del saldo insoluto. En este sentido, se destaca la diferencia esencial entre ambas coberturas: mientras el seguro de vida grupo deudores asociado a la obligación hipotecaria exige la suscripción de declaración de asegurabilidad para permitir la adecuada valoración del riesgo, el seguro asociado a tarjetas de crédito opera de manera automática, sin dicho requisito, garantizando la atención expedita de las solicitudes de pago frente a saldos insolutos amparados.

FRENTE AL HECHO 5.12: Es cierto. Sin embargo, es necesario precisar que el reconocimiento de este pago no implica ni condiciona en modo alguno la obligación de cubrir el saldo de la obligación hipotecaria amparada bajo la póliza de seguro de vida deudores. Ello obedece a que las coberturas son de naturaleza distinta. En el caso de las tarjetas de crédito, la póliza vida individual deudor no exige la suscripción de

declaración de asegurabilidad para su activación y conforme a las políticas internas de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., la atención de estas solicitudes opera de manera inmediata.

Por el contrario, para la póliza de seguro de vida individual deudor vinculada a la obligación hipotecaria terminada en **51118, sí se exige la suscripción de la declaración de asegurabilidad como presupuesto esencial para la valoración del riesgo por parte de la aseguradora. En este caso, se ha demostrado que el actor incurrió en reticencia al omitir declarar diagnósticos médicos preexistentes relevantes y calificaciones previas de pérdida de capacidad laboral, viciando así el consentimiento contractual y habilitando a esta parte para invocar la nulidad relativa del contrato en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 5.13: Es cierto. En efecto, esta parte objetó la solicitud indemnizatoria del actor sustentada en la reticencia en que incurrió al suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, omitiendo declarar su amplio estado de salud, pues para la fecha de suscripción ya contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad, situación que impidió a esta parte valorar adecuadamente el riesgo asumido y vició su consentimiento, pues de haberse conocido dicha información, mi representada se habría abstenido de contratar o lo habría hecho en condiciones diferentes, siendo procedente invocar la nulidad relativa del contrato en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 5.14: Es cierto. En efecto, la objeción de esta parte se fundamentó de manera expresa en la configuración de reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, pues el señor Edinson Fabián Flórez Rojas omitió declarar de manera veraz y completa su amplio estado de salud preexistente, el cual resultaba determinante para la apreciación del riesgo asegurado. Para la fecha de suscripción ya contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional,

hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

Tal omisión le impidió a esta aseguradora valorar adecuadamente el riesgo al momento de la contratación, viciando el consentimiento y desnaturalizando el principio de buena fe que gobierna el contrato de seguro, pues de haberse conocido dicha información, mi representada se habría abstenido de contratar o habría estipulado condiciones más onerosas. Por ello, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., se encuentra facultada para invocar la nulidad relativa del contrato de seguros.

FRENTE AL HECHO 5.15: No es cierto en los términos planteados por el demandante. En realidad, el actor confunde dos situaciones completamente distintas: por un lado, el reconocimiento o pago efectuado frente a la obligación derivada de la tarjeta de crédito, y por otro, la solicitud de cobertura respecto del crédito hipotecario. Es necesario precisar que, conforme a las políticas internas de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., el producto de seguro de vida individual deudor para tarjetas de crédito no exige la suscripción de declaración de asegurabilidad, motivo por el cual su pago opera de forma inmediata al momento de la solicitud.

Por el contrario, en el caso del crédito hipotecario, la póliza de vida individual deudores sí exige expresamente la suscripción de una declaración de asegurabilidad como requisito esencial para valorar el riesgo al que la aseguradora se expone. Para ello, la declaración contiene un conjunto de preguntas específicas sobre condiciones médicas y un campo abierto para reportar cualquier otra afección o antecedente no previsto expresamente. En este caso, si bien el señor Edinson Fabián Flórez Rojas marcó que había tenido procedimientos quirúrgicos e informó únicamente un diagnóstico de varicocele bilateral, omitió declarar múltiples condiciones de salud previas y relevantes que debieron ser conocidas por la aseguradora para la correcta valoración del riesgo asumido.

En efecto, para la fecha de suscripción ya contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional,

hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

Dichas omisiones configuran una clara reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, al haber inducido a la aseguradora a celebrar el contrato sin poder valorar de manera real y completa el estado del riesgo. Por todo lo anterior, la aseguradora objetó de manera expresa y dentro del término legal la solicitud indemnizatoria presentada, reservándose además el derecho de ampliar y complementar los argumentos que sustentan la nulidad relativa del contrato de seguro, en virtud del vicio en el consentimiento derivado de la omisión sustancial de la información relevante para el riesgo asumido.

FRENTE AL HECHO 5.16: Es cierto. En efecto, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. emitió la respuesta mencionada, precisando el cumplimiento del pago relativo a la obligación derivada de la tarjeta de crédito, el cual procede de manera directa e inmediata al Banco BBVA Colombia S.A., beneficiario oneroso de la póliza, conforme a las políticas internas de la aseguradora, las cuales prevén que para este producto no se exige la suscripción de declaración de asegurabilidad ni se efectúa un estudio individualizado de riesgo previo a la cobertura. Por su naturaleza, el amparo para tarjetas de crédito está diseñado para operar de forma automática al acreditarse la incapacidad total y permanente del asegurado, liquidando el saldo insoluto de manera ágil y directa al banco.

Sin embargo, ello no puede extenderse ni pretenderse de igual forma respecto del crédito hipotecario, donde expresamente se exige la suscripción de declaración de asegurabilidad como requisito esencial para el análisis y asunción del riesgo. Este instrumento permite a la aseguradora evaluar de manera seria y completa el estado de salud del solicitante, condición indispensable para la aceptación del seguro y la fijación de sus condiciones. En el caso concreto, se encuentra acreditado que el señor Edinson Fabián Flórez Rojas incurrió en reticencia al diligenciar su declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, pues omitió declarar múltiples afecciones de salud relevantes y preexistentes que resultaban determinantes para la correcta evaluación del riesgo. Para la fecha de suscripción ya contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma

costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad

Estas omisiones impidieron a la aseguradora valorar de manera real y completa el estado de riesgo, viciando su consentimiento y habilitando la configuración de la causal de nulidad relativa del contrato en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 5.17: Es parcialmente cierto. No obstante, debe precisarse que, con independencia de la acción empleada para solicitar el eventual reconocimiento de la cobertura, en el presente caso no se cumplen los requisitos legales ni contractuales para la activación del amparo previsto en la póliza de seguro de vida individual deudores. En particular, la aseguradora reitera que el actor incurrió en reticencia al momento de suscribir su declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, lo que le impidió a esta parte valorar de forma adecuada y completa el verdadero estado de riesgo asumido. Tal circunstancia vicia el consentimiento contractual desde su origen y faculta a la compañía aseguradora, de manera independiente a las acciones o recursos ejercidos por el asegurado, para invocar la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos previstos por el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 5.17.1, 5.17.2 y 5.17.3: No es cierto. En efecto, si bien el actor intenta ofrecer una explicación técnica y científica sobre sus condiciones de salud, materia que corresponde en exclusiva a profesionales médicos, ello no desvirtúa ni desmiente el hecho de que, tras un análisis detallado de la historia clínica obrante en el proceso, se constatan diagnósticos claros y fehacientes que anteceden al 31 de marzo de 2022, fecha en la que suscribió la declaración de asegurabilidad.

En concreto, para la fecha de suscripción ya contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

Estos antecedentes, señalados de manera clara y previa a la suscripción del seguro, son hechos objetivos que, más allá de interpretaciones posteriores o de supuestas recuperaciones parciales, debieron ser informados de forma completa y veraz en la declaración de asegurabilidad. Su omisión constituye reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, pues impidió a esta parte valorar de forma adecuada el estado real del riesgo asumido. En virtud de ello, resulta procedente negar la solicitud de amparo pretendida e invocar la nulidad relativa del contrato de seguro, dado que el consentimiento de mi representada se vio viciado al desconocer información esencial para la celebración del contrato.

FRENTE AL HECHO 5.18: No me consta. En todo caso, corresponde al actor acreditar en la oportunidad procesal debida, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducentes, las afirmaciones realizadas en este hecho. Adicionalmente, se advierte que el actor confunde la naturaleza y el objeto de la sanción jurídica derivada de la reticencia, pues esta no consiste en analizar en detalle los fundamentos o diagnósticos específicos que la Junta Médica Laboral haya utilizado para fijar la pérdida de capacidad laboral en un 100%, sino en garantizar que la aseguradora pudiera valorar de forma completa y veraz el estado real del riesgo al momento de la contratación. Esa es precisamente la finalidad esencial de la declaración de asegurabilidad, la cual impone al asegurado el deber de exponer de manera transparente cualquier condición médica relevante. En el presente caso, tal deber contractual no fue cumplido, pues el asegurado incurrió en reticencia al suscribir la declaración de asegurabilidad, omitiendo información determinante sobre su estado de salud. Esta conducta impidió a la aseguradora evaluar de manera adecuada el riesgo asumido y desnaturalizó el equilibrio contractual propio del seguro, lo que habilita a esta parte a invocar la nulidad relativa del contrato conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 5.19: No me consta, por tratarse de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., las cuales deberán ser probadas por la parte actora en la oportunidad procesal correspondiente, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducentes.

FRENTE AL HECHO 5.20: No me consta, por tratarse de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., las cuales deberán ser probadas por la parte actora en la oportunidad procesal correspondiente, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducentes.

FRENTE AL HECHO 5.21: No es cierto. El comportamiento de la aseguradora no puede entenderse como un incumplimiento ni mucho menos como un acto caprichoso, sino que corresponde al ejercicio legítimo

de las facultades previstas en el ordenamiento jurídico y en el contrato de seguro. En efecto, la aseguradora se ha limitado a aplicar las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio, invocando la nulidad relativa del contrato ante la reticencia evidente en que incurrió el actor al suscribir la declaración de asegurabilidad.

La negativa de cobertura no obedece a una decisión unilateral o arbitraria, sino a la constatación de que el asegurado omitió declarar de forma veraz y completa su estado real de salud, imposibilitando con ello que la aseguradora valorara adecuadamente el riesgo asumido. Por ello, no puede configurarse incumplimiento alguno, dado que la conducta de la aseguradora se ajusta estrictamente a la ley y al contrato celebrado entre las partes.

FRENTE AL HECHO 5.22: No me consta, por tratarse de circunstancias ajenas a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., las cuales deberán ser probadas por la parte actora en la oportunidad procesal correspondiente, mediante los medios de prueba útiles, pertinentes y conducentes.

PRONUNCIAMIENTO AL ACÁPITE DENOMINADO “6 AGOTAMIENTO DEL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD DE LA CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL”

FRENTE AL HECHO 6.1: Es parcialmente cierto. Sin embargo, debe advertirse que las pretensiones formuladas en la solicitud de conciliación estaban dirigidas de manera expresa al Banco BBVA Colombia S.A. y a BBVA Seguros Colombia S.A., por lo que el requisito de procedibilidad no se agotó válidamente respecto de esta parte. En consecuencia, no puede considerarse cumplido en debida forma el presupuesto de procedibilidad en relación con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

FRENTE AL HECHO 6.2: Es parcialmente cierto. Sin embargo, debe advertirse que las pretensiones formuladas en la solicitud de conciliación estaban dirigidas de manera expresa al Banco BBVA Colombia S.A. y a BBVA Seguros Colombia S.A., por lo que el requisito de procedibilidad no se agotó válidamente respecto de esta parte. En consecuencia, no puede considerarse cumplido en debida forma el presupuesto de procedibilidad en relación con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

FRENTE AL HECHO 6.3: Es parcialmente cierto. Sin embargo, debe advertirse que las pretensiones formuladas en la solicitud de conciliación estaban dirigidas de manera expresa al Banco BBVA Colombia S.A. y a BBVA Seguros Colombia S.A., por lo que el requisito de procedibilidad no se agotó válidamente

respecto de esta parte. En consecuencia, no puede considerarse cumplido en debida forma el presupuesto de procedibilidad en relación con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

FRENTE AL HECHO 6.4: Es parcialmente cierto. Sin embargo, debe advertirse que las pretensiones formuladas en la solicitud de conciliación estaban dirigidas de manera expresa al Banco BBVA Colombia S.A. y a BBVA Seguros Colombia S.A., por lo que el requisito de procedibilidad no se agotó válidamente respecto de esta parte. En consecuencia, no puede considerarse cumplido en debida forma el presupuesto de procedibilidad en relación con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES.

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Lo anterior, debido a que el aseguramiento del señor Edinson Fabián Flórez Rojas debe ser declarado nulo, conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia en la que incurrió al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, omitiendo información relevante sobre su estado de salud, lo cual vicia el consentimiento otorgado por la aseguradora y exonera de toda obligación indemnizatoria. Así mismo, el seguro no presta cobertura temporal según el artículo 1073 del C.Co y el demandante no se encuentra legitimado en la causa por activa, fundamentos técnicos que exoneran de toda responsabilidad al Asegurador.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.1.1: Me opongo. En el presente asunto no se debate ni es objeto del litigio la existencia misma de la obligación financiera o del crédito hipotecario terminado en **51118, ni el valor consignado en el pagaré, ni las condiciones pactadas con el Banco BBVA Colombia S.A. Lo que jurídicamente se controvierte en este proceso es la procedencia del amparo del seguro de vida deudores sobre dicha obligación, en virtud de la solicitud de cobertura elevada por el actor. Por tanto, pretender que se declare la existencia de la obligación crediticia resulta improcedente e irrelevante para la definición de la controversia, en tanto la obligación financiera es un hecho previo y autónomo entre el deudor y la entidad bancaria, cuya existencia y exigibilidad no ha sido cuestionada ni negada por esta parte. En consecuencia, esta aseguradora se limita a debatir la imposibilidad de afectación del seguro por la configuración de la reticencia del asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, cuestión distinta y separada del vínculo crediticio mismo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.1.2: Me opongo. Lo anterior, en la medida de que esa pretensión así formulada desconoce que, en realidad, el contrato de seguro debe declararse nulo como consecuencia de la reticencia del asegurado. Lo anterior, al no haber informado, que contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.1.3: Me opongo. No puede pretenderse la declaratoria judicial de la ocurrencia de un siniestro asegurado sin un análisis riguroso de las condiciones y requisitos que rigen la póliza para su activación, pues su eficacia no es automática ni incondicional. En el presente asunto no hay lugar a la afectación del amparo de incapacidad total y permanente, toda vez que el asegurado, señor Edinson Fabián Flórez Rojas, incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, omitiendo información relevante y determinante sobre su verdadero estado de salud, pues, para la fecha de suscripción ya contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad

En todo caso, debe advertirse que la calificación del 100% de pérdida de capacidad laboral otorgada en el dictamen del 18 de mayo de 2023, no puede interpretarse como un hecho sobreviniente posterior a la suscripción de la declaración de asegurabilidad del 31 de marzo de 2022. Por el contrario, conforme al artículo 1073 del Código de Comercio, el riesgo de incapacidad ya se encontraba en desarrollo desde años anteriores, como lo acreditan las calificaciones previas de pérdida de capacidad laboral del 14 de abril de 2010 con un 10%, del 8 de septiembre de 2010 con un 20.35% y del 29 de marzo de 2011 con un 28.32%,

reflejando una disminución estructurada y progresiva de la capacidad laboral del asegurado. En este sentido, aunque la formalización de la invalidez total del 100% haya ocurrido durante la vigencia de la póliza, el origen del riesgo es anterior a su inicio, lo que excluye la cobertura asegurativa. Así, se configura la hipótesis prevista en el artículo 1073, que expresamente exime de responsabilidad al asegurador cuando el siniestro se ha iniciado antes del comienzo de la vigencia de la póliza y continúa después, razón por la cual mi representada no está llamada a asumir la indemnización reclamada.

Estos hechos acreditan de manera clara la reticencia del asegurado, que impidió a esta parte valorar adecuadamente el estado real del riesgo asumido, configurando un vicio sustancial en el consentimiento y habilitando a invocar la nulidad relativa del contrato en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.1.4: Me opongo. En ningún momento el comportamiento de esta parte puede entenderse como un incumplimiento contractual o un acto caprichoso. Por el contrario, la aseguradora actuó en el marco de las facultades expresamente reconocidas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que le permite invocar la nulidad relativa del contrato de seguro cuando el asegurado incurre en reticencia al momento de declarar el estado del riesgo.

En este caso, el señor Edinson Fabián Flórez Rojas suscribió la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022 omitiendo información relevante y determinante sobre su estado de salud, privando así a la aseguradora de la posibilidad de valorar adecuadamente el riesgo asumido. Tal omisión vicia el consentimiento contractual, impide que pueda considerarse válidamente perfeccionada la obligación aseguraticia y excluye cualquier deber de desembolso por parte de la aseguradora frente al tomador o beneficiario. En consecuencia, la negativa a reconocer la cobertura del crédito hipotecario no constituye un incumplimiento, sino el ejercicio legítimo del derecho de la aseguradora de oponerse al pago de la indemnización en aplicación del régimen legal vigente y del principio de buena fe que rige los contratos de seguro.

Adicionalmente, debe señalarse que la póliza de seguro vida individual deudor contempla de manera exclusiva la cobertura del saldo insoluto de la obligación crediticia a favor del beneficiario oneroso, es decir, el Banco BBVA Colombia S.A., en su calidad de acreedor. Ese es el límite y objeto esencial del amparo contratado, que no puede extenderse ni hacerse extensivo a otros conceptos o valores distintos, como

pretende el actor en sus pretensiones. En efecto, el contrato de seguro fue diseñado para garantizar únicamente el pago de la deuda pendiente en caso de presentarse los riesgos asegurados, sin que exista fundamento contractual o legal para exigir indemnizaciones adicionales o ajenas a dicho saldo insoluto.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.1.5: Me opongo. En ningún caso puede prosperar la declaración de responsabilidad civil o contractual contra mi representada por el supuesto incumplimiento alegado. La negativa de pago no constituye un acto caprichoso ni arbitrario, sino el ejercicio legítimo de la facultad consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, que autoriza a la aseguradora a invocar la nulidad relativa del contrato cuando el asegurado ha incurrido en reticencia.

En el presente caso, el señor Edinson Fabián Flórez Rojas suscribió la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, omitiendo información relevante y determinante sobre su verdadero estado de salud. Esa omisión impidió a la aseguradora evaluar correctamente el riesgo asumido y vicia el consentimiento contractual. Por tanto, la negativa de esta aseguradora a reconocer la cobertura del crédito hipotecario no constituye incumplimiento alguno del contrato de seguro, sino la consecuencia jurídica prevista en la ley para proteger el principio de ubérrima buena fe que rige estas relaciones contractuales.

Con todo, debe advertirse que la calificación del 100% de pérdida de capacidad laboral otorgada en el dictamen del 18 de mayo de 2023, no puede interpretarse como un hecho sobreviniente posterior a la suscripción de la declaración de asegurabilidad del 31 de marzo de 2022. Por el contrario, conforme al artículo 1073 del Código de Comercio, el riesgo de incapacidad ya se encontraba en desarrollo desde años anteriores, como lo acreditan las calificaciones previas de pérdida de capacidad laboral del 14 de abril de 2010 con un 10%, del 8 de septiembre de 2010 con un 20.35% y del 29 de marzo de 2011 con un 28.32%, reflejando una disminución estructurada y progresiva de la capacidad laboral del asegurado. En este sentido, aunque la formalización de la invalidez total del 100% haya ocurrido durante la vigencia de la póliza, el origen del riesgo es anterior a su inicio, lo que excluye la cobertura asegurativa. Así, se configura la hipótesis prevista en el artículo 1073, que expresamente exime de responsabilidad al asegurador cuando el siniestro se ha iniciado antes del comienzo de la vigencia de la póliza y continúa después, razón por la cual mi representada no está llamada a asumir la indemnización reclamada.

Adicionalmente, se insiste en que el actor confunde el objeto de la cobertura, la póliza está diseñada para garantizar el pago del saldo insoluto al beneficiario oneroso (el banco), pero supeditada al cumplimiento

de las condiciones y declaraciones sinceras exigidas por el contrato. Al no cumplirse esos requisitos, la aseguradora no está llamada a cubrir el riesgo ni a asumir la obligación de pago deprecada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.1.6: Me opongo. En ningún caso procede la declaración solicitada respecto al pago de intereses moratorios al señor Edinson Fabián Flórez Rojas, por cuanto él no ostenta la calidad de beneficiario oneroso de la póliza de seguro vida individual deudor ni tiene interés asegurable directo en la suma asegurada. El único beneficiario oneroso designado en la póliza es el Banco BBVA Colombia S.A., en su calidad de acreedor hipotecario, pues la finalidad exclusiva del seguro es garantizar el pago del saldo insoluto del crédito en caso de configurarse válidamente el siniestro cubierto. Por tanto, no procede reconocer intereses moratorios ni devolución alguna al actor, ya que no tiene derecho autónomo de crédito frente a la aseguradora ni legitimación para reclamar el pago de suma alguna con cargo al seguro, salvo en la medida en que opere efectivamente la cobertura en favor del banco beneficiario. Adicionalmente, al haberse configurado la reticencia del asegurado en la suscripción de la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, la aseguradora está legalmente facultada para invocar la nulidad relativa del contrato conforme al artículo 1058 del Código de Comercio. En consecuencia, no existe obligación indemnizatoria exigible ni mora imputable que justifique el pago de intereses en favor del actor.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.2.1: Me opongo. En modo alguno resulta procedente la condena solicitada en este acápite, por cuanto el señor Edinson Fabián Flórez Rojas incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, omitiendo información médica relevante y preexistente que era indispensable para que esta aseguradora pudiera valorar de forma adecuada y completa el estado real del riesgo asumido.

En efecto, el actor no informó en el formulario de asegurabilidad los siguientes antecedentes médicos que ya estaban registrados antes del 31 de marzo de 2022: una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión,

insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

Esta conducta omisiva quebranta el principio de ubérrima buena fe y configura la reticencia sancionada en el artículo 1058 del Código de Comercio, habilitando a la aseguradora para invocar la nulidad relativa del contrato. Así, no puede imputarse a esta parte incumplimiento alguno ni configurarse la obligación de pago del saldo insoluto del crédito hipotecario reclamado, pues el actor impidió que se valorara realmente el riesgo asegurado, excluyendo por completo la procedencia de la cobertura invocada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.2.2: Me opongo. Si bien formalmente se dirige contra el Banco BBVA Colombia S.A., parte de su presupuesto esencial es que la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. pague previamente el valor asegurado bajo la Póliza Vida Individual Deudor, sin embargo, tal pago resulta improcedente dado que en este proceso se ha acreditado la existencia de reticencia por parte del asegurado al suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, al omitir información relevante y veraz sobre su estado de salud. Dicha circunstancia impidió a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo asumido y habilita invocar la nulidad relativa del contrato conforme al artículo 1058 del Código de Comercio. En consecuencia, no hay lugar al pago del amparo ni, por tanto, a la devolución de las sumas pagadas por el actor a título de cuotas del crédito, las cuales derivan de una obligación financiera que subsiste íntegra y válida por ausencia de cobertura asegurativa.

FRENTE A LAS PRETENSIONES 4.2.2.1 y 4.2.2.2: Me opongo. Si bien formalmente se dirige contra el Banco BBVA Colombia S.A., parte de su presupuesto esencial es que la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. pague previamente el valor asegurado bajo la Póliza Vida Individual Deudor, sin embargo, tal pago resulta improcedente dado que en este proceso se ha acreditado la existencia de reticencia por parte del asegurado al suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, al omitir información relevante y veraz sobre su estado de salud. Dicha circunstancia impidió a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo asumido y habilita invocar la nulidad relativa del contrato conforme al artículo 1058 del Código de Comercio. En consecuencia, no hay lugar al pago del amparo ni, por tanto, a la devolución de las sumas pagadas por el actor a título de cuotas del crédito, las cuales derivan de una obligación financiera que subsiste íntegra y válida por ausencia de cobertura asegurativa

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.2.3: Me opongo. Si bien formalmente se dirige contra el Banco BBVA Colombia S.A., parte de su presupuesto esencial es que la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. pague previamente el valor asegurado bajo la Póliza Vida Individual Deudor, sin embargo, tal pago resulta improcedente dado que en este proceso se ha acreditado la existencia de reticencia por parte del asegurado al suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, al omitir información relevante y veraz sobre su estado de salud. Dicha circunstancia impidió a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo asumido y habilita invocar la nulidad relativa del contrato conforme al artículo 1058 del Código de Comercio. En consecuencia, no hay lugar al pago del amparo ni, por tanto, a la devolución de las sumas pagadas por el actor a título de cuotas del crédito, las cuales derivan de una obligación financiera que subsiste íntegra y válida por ausencia de cobertura asegurativa

FRENTE A LAS PRETENSIONES 4.2.4, 4.2.5 y 4.2.6: NO ME OPONGO NI COADYUVO, toda vez que la garantía hipotecaria a la que se refiere no es una garantía real constituida en favor de la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., sino que corresponde exclusivamente a la relación crediticia entre el Banco BBVA Colombia S.A. y el deudor hipotecario.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.2.7: Me opongo. En este caso no hay lugar a la condena en costas procesales ni agencias en derecho en favor del actor, por sustracción de materia, dado que las pretensiones principales que pretende hacer valer carecen de fundamento jurídico y fáctico, al encontrarse desvirtuadas por la conducta de reticencia en la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

La parte demandante ha estimado un valor total de \$ \$134.616.082, discriminándola en el siguiente orden:

- \$105.752.653,74 correspondiente al saldo de la obligación financiera a 18 de mayo de 2023 periodo en el cual se notificó el dictamen de pérdida de capacidad laboral en un 100%
- \$4.413.109,92 correspondiente al valor de las cuotas pagadas por concepto de capital y gastos.
- \$24.450.318,08 correspondiente a intereses moratorios pagados desde el 18 de mayo de 2023 al 18 de abril de 2025,

En el presente caso, la condición de activación de la póliza no se encuentra cumplida, pues el asegurado incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 31 de marzo de 2022, al declarar de forma inexacta e incompleta su verdadero estado de salud. En efecto, limitándose a mencionar antecedentes quirúrgicos y un diagnóstico de varicocele bilateral, guardó silencio sobre condiciones clínicas relevantes y vigentes para esa fecha, consistentes en:

- Calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional el 29 de marzo de 2011
- Trauma contundente en hemitórax izquierdo, registrado como antecedente desde 2014 según nota clínica valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional
- Hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018
- Trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011
- Depresión
- Insuficiencia venosa
- Esteatosis hepática

Sin perjuicio de lo anterior, debe decirse que el juramento estimatorio planteado en la demanda es incorrecto debido a que el valor asegurado en este tipo de seguros se limita estrictamente al saldo insoluto de la obligación financiera a favor del beneficiario oneroso, esto es, el Banco BBVA Colombia S.A., y solo puede hacerse efectivo si se cumplen los requisitos de activación del amparo, en particular la ocurrencia del siniestro asegurado (incapacidad total y permanente del deudor) dentro de la vigencia de la póliza.

Respecto a la segunda partida (cuotas pagadas desde el dictamen hasta la presentación de la demanda), su reconocimiento no resulta procedente en cuanto excede el valor asegurado establecido en la póliza. En efecto, se itera que el seguro vida individual deudor cubre exclusivamente el saldo insoluto de la obligación a partir del 18 de mayo de 2023, cuando se calificó la pérdida de capacidad laboral del demandante. Por lo tanto, las sumas pagadas con posterioridad a dicha fecha por concepto de cuotas no integran el valor asegurado ni pueden considerarse amparadas por la cobertura contratada.

Por último, respecto a la tercera partida (intereses corrientes pagados desde el 18 de mayo de 2023 hasta la fecha), su reconocimiento no resulta procedente en cuanto excede el valor asegurado previsto en la póliza, pues se insiste que el seguro vida individual deudor únicamente cubre el saldo insoluto a 18 de mayo de 2023, cuando se calificó la pérdida de capacidad laboral. En consecuencia, los intereses

corrientes generados y pagados con posterioridad a esa fecha exceden el valor asegurado.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

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

En el presente caso, el señor Edinson Fabián Flórez Rojas suscribió con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. la póliza de seguro de vida individual deudor asociada a la obligación crediticia adquirida con el Banco BBVA Colombia S.A., identificada con el número ***1118. Para tal efecto, el señor Flórez Rojas firmó la declaración de asegurabilidad el día 31 de marzo de 2022, cuya finalidad esencial consistía en permitir a esta parte valorar adecuadamente el riesgo al que se sometía y decidir de manera informada si celebraba el contrato o si lo hacía en condiciones más onerosas. No obstante, el asegurado declaró de manera inexacta su estado de salud, limitándose a reportar únicamente que había sido sometido a intervenciones quirúrgicas y a señalar un diagnóstico de varicocele bilateral, omitiendo información relevante y sustancial sobre su historia médica, puesto que para dicha fecha contaba con antecedentes médicos consistentes en una calificación previa de pérdida de capacidad laboral del 28.32% emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional del 29 de marzo de 2011, trauma contundente en hemitórax izquierdo registrado como antecedente desde 2014 según nota de antecedentes clínicos valorada por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional, hipertensión esencial primaria registrada el 10 de julio de 2018 y trauma costal desde el 2 de diciembre de 2011, así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad. Estas condiciones eran claramente determinantes para la correcta apreciación del riesgo y debieron ser declaradas de forma completa y veraz en el cuestionario de asegurabilidad, pues su omisión impidió que esta parte pudiera valorar de manera real y objetiva el estado del riesgo asumido, habilitando en consecuencia a esta aseguradora para invocar la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos previstos en el artículo 1058 del Código de Comercio, por la reticencia incurrida por el asegurado.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los

riesgos que asignan a las aseguradoras y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia” .¹

En el presente caso, resultaría jurídicamente inviable atribuir a mi representada la asunción del riesgo cuando fue el propio asegurado quien, con pleno conocimiento de sus condiciones de salud, omitió declararlas en la etapa precontractual, incumpliendo así su deber de información. Es preciso señalar que la reticencia no solo ha sido ampliamente desarrollada por la doctrina, sino que también ha sido objeto de consolidación jurisprudencial, estableciendo con claridad los efectos de la omisión en la formación del contrato de seguro. En este sentido, tanto la normativa vigente como la interpretación judicial han reafirmado que el incumplimiento de la obligación de declarar con veracidad el estado del riesgo vicia la contratación del seguro y exime a la aseguradora de su obligación indemnizatoria.

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

¹ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P. 104.

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto

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.

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

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

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

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

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo

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

sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza. ⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección de los contratos de seguros, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que el Aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que los contratos de seguros se celebren con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no el Aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo expuesto lo anterior, corresponde aplicar la teoría de la reticencia al caso concreto. En este sentido, el señor Flores Rojas se encontraba amparado bajo la póliza de seguro de vida deudores asociada a la obligación crediticia adquirida con el Banco BBVA Colombia S.A., identificada con el número ***9625851118. Como parte del proceso de aseguramiento, el asegurado firmó la declaración de asegurabilidad, instrumento compuesto por preguntas claras y específicas, cuyo objetivo es permitir a la aseguradora conocer con veracidad el estado de salud del solicitante y en consecuencia, valorar adecuadamente el riesgo objeto de cobertura.

Como se detalla en la imagen que se cita a continuación, la declaración de asegurabilidad diligenciada

para la suscripción de la póliza incluye un conjunto de preguntas expresamente orientadas a establecer el estado de salud del potencial asegurado, con el fin de determinar las condiciones físicas y médicas con las que ingresaba al seguro del ramo de vida. En particular, se listan una serie de afecciones específicas frente a las cuales debía marcarse con una "X" en caso de haberlas padecido. Adicionalmente, el formulario dispuso un espacio abierto destinado a que el solicitante declarara cualquier otra condición médica o patología no contemplada expresamente en las preguntas previas, con el propósito de permitir a la aseguradora contar con una visión integral, completa y veraz del riesgo a suscribir.

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)		Si	No
Estatura <u>1.75</u> cms	Peso <u>85</u> Kg	Fuma Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuántas cigarrillos al día? _____
Deportes que practica <u>Fútbol, gimnasia</u>			
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre alguna discapacidad física o mental?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a tratamiento por alcoholismo o por drogadicción?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?		Si	No
Trastornos mentales o psiquiátricos			
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades del bazo, anemia, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades renales, cálcicos, próstata-testículos		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Úlcera de estómago y duodeno, enfermedades del recto, estómago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, orofaringe o problemas de órganos de los sentidos		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer o tumores de cualquier clase		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le ha sugerido la práctica de examen para diagnóstico de SIDA? Caso positivo indique el resultado.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia: <u>Vesicocelitis bilateral</u>			

Documento: Declaración de asegurabilidad de 31 de marzo de 2022

Énfasis: ¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

¿**Sufre alguna discapacidad física o mental?**

¿Ha sido sometido a tratamiento por alcoholismo o drogadicción?

¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos sistemas u órganos?:

Trastornos mentales o psiquiátricos

¿Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuente o enfermedades del sistema nerviosos?

¿Diabetes o enfermedades del sistema endocrino?

Reumatismo, artritis, gota, ¿o **enfermedades de los huesos**, músculos o columna?

Enfermedades del bazo, anemia, inflamación de ganglios, ¿enfermedades del sistema hemo linfático?

*Dolor en el pecho, ¿**tensión arterial alta**, infarto o cualquier enfermedad del corazón?*

¿Asma, tuberculosis o cualquier enfermedad del sistema pulmonar o respiratorio?

*¿**Enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos?** “*

¿Enfermedades en los ojos, nariz garganta, ronquera o problemas de órganos de órganos de los sentidos?

¿Cáncer o tumores de cualquier clase?

*¿Úlcera de estómago duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, **hígado**, diarreas frecuentes enfermedades del sistema digestivo?*

Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en seros, matriz, ovarios?

¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico de sida? Caso positivo mencione el resultado.

*¿**Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?***

Si bien el asegurado marcó con “X” la casilla de “sí” para indicar que había sido sometido a procedimientos quirúrgicos y consignó en el espacio en blanco el diagnóstico de varicocele bilateral, todas las demás preguntas del formulario relativas a enfermedades y condiciones de salud fueron respondidas negativamente, en abierta contradicción con su situación real. En efecto, los antecedentes médicos no declarados por el señor Edinson Fabián Flórez Rojas guardaban relación directa y específica con varias de las preguntas del cuestionario de asegurabilidad. Así por ejemplo, su calificación de pérdida de capacidad laboral del 28.32% se vinculaba con la pregunta sobre discapacidad física o mental; la hipertensión esencial primaria diagnosticada desde el 10 de julio de 2018 correspondía a la pregunta sobre dolor en el pecho, tensión arterial alta o enfermedades del corazón; el trauma contundente de hemitórax izquierdo registrado en 2014 guardaba relación con la pregunta sobre enfermedades del sistema pulmonar o respiratorio; el trauma costal del 2 de diciembre de 2011 se relacionaba con la pregunta sobre enfermedades de los huesos, músculos o columna, la depresión se relacionaba con enfermedades del sistema nervioso, la insuficiencia venosa relacionarse en el campo abierto y la esteatosis hepática relacionadas con enfermedades del hígado, últimos tres diagnósticos los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.. Además, el formulario incluía un campo abierto para declarar cualquier otro problema de salud no contemplado expresamente en las preguntas listadas, lo que reforzaba el deber del asegurado de informar de forma completa y veraz todas sus condiciones médicas relevantes, permitiendo así a la aseguradora

valorar de manera adecuada el riesgo asumido.

Como se avizora del estudio de la historia clínica se desprenden los mencionados diagnósticos:

1. Pérdida de capacidad laboral (PCL) del 28.32% emitido el 29 de marzo de 2011.

II. ANTECEDENTES Se le ha practicado Junta Médica Laboral: JML No.154 14/04/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° AP 271/MEBUC, LITERAL B DCL 10%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.509 08/09/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 030/09 MEVAL, LITERAL B DCL 20.35%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.207 29/03/2011, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 186/2010 MEBUC, LITERAL B DCL 28.32%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: No Registra. Antecedentes del Informativo: N. 075/2014 DICAR, LITERAL N, Otros, TRAUMA CONTUNDENTE HEMITORAX IZQUIERDO.

Documento: Dictamen pérdida de capacidad laboral – Junta Medico Laboral Policía Nacional de 18 de mayo de 2023- acápite de antecedentes.

Énfasis: “JML No.207 29/03/2011, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 186/2010 MEBUC, LITERAL B DCL 28.32%”

2. Trauma costal diagnosticado el 2 de diciembre de 2011.

EVENTO 11					
FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/12/02 12:52:59p.m. No. HC FISICA 1098657747 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	BUCARAMANGA(SANTANDER)	ESPCO CLINICA DESAN
EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/12/02 12:52:59p.m.					
INFORMACION DEL MEDICO					
TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD	
CEDULA CIUD.	39688084	ROSE MARY RUBIANO RAMIREZ	REHABILITACION	FISIATRIA	
ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA					
TRAUMA COSTAL					
ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL					
4 AQOS DE EVOLUCION, LO RELACIONA CON PATADA DE CABALLO.					

Documento: Historia clínica policía nacional Edinson Fabián Flórez Rojas de 2 de diciembre de 2011.

Énfasis: “Trauma costa”.

3. Hipertensión esencial primaria diagnosticada y en seguimiento desde el 10 de julio de 2018.

DIAGNOSTICOS					
PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	IMPRESION	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
MEDICINA INTERNA	Control	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA + INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA, EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	CON REUSLTADOS

Conductas - Ord. de Servicio

Documento: Historia clínica policía nacional Edinson Fabián Flórez Rojas de 10 de julio de 2018.

Énfasis: “Hipertensión esencial primaria”

4. Trauma contundente hemitórax izquierdo diagnosticada en 2014 (según nota de antecedentes en Junta Médica Laboral)

II. ANTECEDENTES Se le ha practicado Junta Médica Laboral: JML No.154 14/04/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° AP 271/MEBUC, LITERAL B DCL 10%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.509 08/09/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 030/09 MEVAL, LITERAL B DCL 20.35%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.207 29/03/2011, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 186/2010 MEBUC, LITERAL B DCL 28.32%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: No Registra. Antecedentes del Informativo: N. 075/2014 DICAR, LITERAL N, Otros, TRAUMA CONTUNDENTE HEMITORAX IZQUIERDO.

Documento: Dictamen pérdida de capacidad laboral – Junta Medico Laboral Policía Nacional de 18 de mayo de 2023- acápite de antecedentes.

Énfasis: “Antecedentes del Informativo: N. 075/2014 DICAR, LITERAL N, Otros, TRAUMA CONTUNDENTE HEMITORAX IZQUIERDO.”

Los anteriores diagnósticos no fueron objeto de declaración por parte del asegurado y no puede alegarse su desconocimiento, puesto que dichos antecedentes clínicos motivaron valoraciones previas de su capacidad laboral realizadas por la Policía Nacional, en las que se le asignaron disminuciones del 10%, 20.35% y 28.32%, reflejando un deterioro progresivo de su estado de salud que, posteriormente, sustentó un prolongado periodo de incapacidad médica, culminando en una calificación de pérdida de capacidad laboral que pasó del 71.68% al 100 % según dictamen de la junta medico laboral de la Policía Nacional.

II. ANTECEDENTES Se le ha practicado Junta Médica Laboral: JML No.154 14/04/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° AP 271/MEBUC, LITERAL B DCL 10%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.509 08/09/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 030/09 MEVAL, LITERAL B DCL 20.35%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.207 29/03/2011, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 186/2010 MEBUC, LITERAL B DCL 28.32%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: No Registra. Antecedentes del Informativo: N. 075/2014 DICAR, LITERAL N, Otros, TRAUMA CONTUNDENTE HEMITORAX IZQUIERDO.

Documento: Dictamen pérdida de capacidad laboral – Junta Medico Laboral Policía Nacional de 18 de mayo de 2023

Énfasis: “Se le ha practicado Junta Médica Laboral: JML No.154 14/04/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° AP 271/MEBUC, LITERAL B DCL 10%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.509 08/09/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 030/09 MEVAL, LITERAL B DCL 20.35%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.207 29/03/2011, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 186/2010 MEBUC, LITERAL B DCL 28.32%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: No Registra. Antecedentes del Informativo: N. 075/2014 DICAR, LITERAL N, Otros, TRAUMA CONTUNDENTE HEMITORAX IZQUIERDO”

IV. CONCLUSIONES.				
A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas:				
- A.1 TRASTORNO ESQUIZOFRENICO PARANOIDE CON DISCAPACIDAD COGNITIVA, FUNCIONAL Y SOCIAL				
- A.2 ANTECEDENTE DE TRAUMA HEMITORAX IZQUIERDO CON NEURITIS INTERCOSTAL SECUNDARIA RESUELTA				
B. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES O AFECCIONES Y CALIFICACIÓN DE CAPACIDAD PARA EL SERVICIO. INCAPACIDAD INVALIDEZ - NO APTO. Por Artículo 59 literal A, REUBICACION LABORAL NO Labores.				
C. IMPUTABILIDAD DEL SERVICIO. De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/2000 le corresponde el literal: No Reportado, Se trata de Accidente Común.				
D. EVALUACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL. PRESENTA UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL				
DE:				
DCL Actual:	SETENTA Y UNO	PUNTO SESENTA Y OCHO	POR CIENTO	71.68%
DCL Total:	CIEN	PUNTO CERO	POR CIENTO	100.00 %

Documento: Dictamen pérdida de capacidad laboral – Junta Medico Laboral Policía Nacional de 18 de mayo de 2023

Énfasis: “D. evaluación de la disminución de la capacidad laboral presenta una disminución de la capacidad laboral de

DCL ACTUAL: setenta y uno punto sesenta y ocho por ciento 71.68%

DCL TOTAL: cien punto cero por ciento 100,00%”

En cuanto a los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

En esa medida, no cabe duda de que el asegurado, al suscribir la declaración de asegurabilidad, declaró de manera inexacta su amplia condición de salud, impidiendo a esta parte valorar de forma real y completa el estado del riesgo asumido y vulnerando así la posibilidad de formar válidamente su consentimiento. De haber conocido tales circunstancias, mi representada se habría abstenido de celebrar el contrato o lo

habría hecho en condiciones más onerosas dada la magnitud del riesgo asegurado, razón por la cual es válido predicar la nulidad relativa del contrato ante la reticencia evidente y significativa del asegurado.

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

4. Declaración del estado del riesgo y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración

MUY IMPORTANTE

Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente tu estado de salud, así como todos los hechos o circunstancias que lo determinen, independientemente de que la compañía efectúe o no exámenes médicos.

Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a LA COMPAÑÍA a no asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, **no habrá lugar al pago de indemnización alguna.**

Documento: Condicionado Póliza de Seguro vida individual deudor.

Énfasis: *“Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente tu estado de salud, así como todos los hechos o circunstancias que lo determinen, independientemente de que la compañía efectúe o no exámenes médicos. Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a LA COMPAÑÍA a no asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, no habrá lugar al pago de indemnización alguna.”*

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

En este punto es fundamental aclarar que el debate no puede reducirse únicamente al diagnóstico de trastorno esquizofrénico paranoide que el actor presenta como causa directa de su calificación del 100% de pérdida de capacidad laboral y con el cual pretende justificar la activación de la póliza. Lo esencial en materia de seguro es la obligación de declarar de manera completa y veraz todas las condiciones de salud relevantes en el momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. No se trata de cuestionar el diagnóstico puntual que sirvió de base para la calificación más reciente, sino de advertir que existían antecedentes médicos significativos que debieron ser informados oportunamente y que habrían permitido a la aseguradora valorar correctamente el riesgo asumido. En otras palabras, lo relevante es la omisión de información esencial para el análisis del riesgo, que impide configurar válidamente la cobertura y que justifica la decisión de la aseguradora de objetar el pago y de invocar la nulidad relativa del contrato por reticencia.

Así lo ha señalado expresamente la jurisprudencia constitucional, en particular la Sentencia C-232 de 1997 de la Corte Constitucional, en la cual se aclara que lo relevante no es la relación de causalidad entre la enfermedad omitida y el siniestro ocurrido, sino la omisión misma de la información que habría influido en la correcta apreciación del riesgo por parte del asegurador al momento de celebrar el contrato, como se expondrá a continuación.

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

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo,

de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

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

En otras palabras, si bien en la demanda se pretende argumentar que la calificación de pérdida de capacidad laboral del 100% obedeció al diagnóstico de "A1 TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO PARANOIDE CON DISCAPACIDAD COGNITIVA, FUNCIONAL Y SOCIAL", bajo la supuesta formalización con posterioridad a la declaración de asegurabilidad, ello resulta jurídicamente irrelevante para efectos de analizar la reticencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo sancionable no es la relación de causalidad directa entre los diagnósticos omitidos y la invalidez calificada posteriormente, sino la alteración del equilibrio contractual desde el momento mismo de la celebración del contrato, fundada en el error inducido al asegurador por la omisión de declarar de manera veraz y completa el estado real del riesgo.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante señalar que incluso si se exigiera examinar la existencia de alguna relación entre los antecedentes médicos omitidos y la calificación final del 100% de pérdida de capacidad laboral, en el presente caso dicha relación se encuentra acreditada. En efecto, la Junta Médica Laboral tuvo en cuenta la PCL previa del 28.32% reconocida con antelación a la suscripción de la declaración de asegurabilidad, incorporándola como parte del cálculo total que condujo a la calificación definitiva del 100%. De esta forma, no solo se configura la reticencia por la omisión de información relevante para la apreciación del riesgo en el momento de la contratación, sino que además se evidencia que dichos antecedentes médicos resultaron determinantes para la consolidación del siniestro cuya cobertura se reclama.

Por consiguiente, no puede pasarse por alto que el señor Edinson Fabián Flórez Rojas, para la fecha en que suscribió la declaración de asegurabilidad, esto es, el 31 de marzo de 2022, presentaba antecedentes médicos relevantes como una pérdida de capacidad laboral previa del 28.32%, un trauma contundente de hemitórax izquierdo registrado como antecedente en 2014, hipertensión esencial primaria diagnosticada el 10 de julio de 2018 y un trauma costal consignado desde el 2 de diciembre de 2011. Así como los diagnósticos de depresión, insuficiencia venosa y esteatosis hepática, los cuales se acreditará en el curso del proceso que fueron establecidos con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad. Todas estas condiciones resultaban determinantes para la correcta valoración del riesgo asegurado y debieron ser declaradas de forma completa y veraz en el cuestionario de asegurabilidad, en cumplimiento del deber de lealtad y veracidad que le asistía en la fase precontractual. De haber contado con dicha información, mi representada habría estado en posibilidad de abstenerse de celebrar el contrato o, en su defecto, de hacerlo en condiciones distintas y ajustadas al verdadero nivel de riesgo asumido.

En conclusión, ha quedado acreditado que el señor Edinson Fabián Flórez Rojas incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, al omitir múltiples antecedentes médicos relevantes y preexistentes, diagnosticados años antes de la celebración del contrato, los cuales eran determinantes para la valoración del riesgo por parte de la aseguradora. Esta conducta constituye una violación del deber de lealtad y veracidad que rige la etapa precontractual en los contratos de seguro y que se sustenta en el principio de ubérrima buena fe, pilar esencial de este tipo de relaciones jurídicas. En consecuencia, mi representada no se encuentra obligada a reconocer suma alguna derivada de una obligación que se estructuró sobre una base viciada, al haber sido privada de la información necesaria para apreciar adecuadamente el estado real del riesgo. Pretender lo contrario implicaría trasladar a la aseguradora los efectos de un contrato celebrado en condiciones sustancialmente distintas a las que habrían sido pactadas

de conocerse la verdad, vulnerando abiertamente los principios de equidad y equilibrio contractual. Por todo ello, debe declararse la nulidad relativa del contrato de seguro conforme a lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio y, en consecuencia, reconocer la ausencia de obligación indemnizatoria por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Por esas razones, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1073 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

El actor pretende hacer efectiva la póliza de seguro de vida deudores sosteniendo que el evento de invalidez se consolidó con la calificación del 100% de pérdida de capacidad laboral notificada el 18 de mayo de 2023, es decir, en fecha posterior a su ingreso a la póliza. Sin embargo, tal afirmación desconoce por completo que desde el año 2011 el asegurado ya contaba con una pérdida de capacidad laboral del 28.32%. Lo anterior acredita una falta de cobertura temporal del contrato de seguro a la luz de lo preceptuado por el artículo 1073 del C.Co que expresamente indica que si el siniestro se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el mismo. En otras palabras, dado que la invalidez del demandante inició desde los años 2010 y 2011 cuando fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 28.32%, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, es claro que BBVA Seguros de Vida S.A no puede ser declarada responsable, dado que se trata de un riesgo que inició antes y continuó después de que los riesgos corrieran por cuenta suya.

En palabras de la Corte Suprema de Justicia al pronunciarse sobre el alcance del artículo 1073 del Código de Comercio estableció:

“Lo dicho traduce que el siniestro, consistente en la ejecución de las obras que afectaron el predio de Leopoldo Suárez Carrillo tras la edificación de Village Elite, se generó a partir del 24 de febrero de 2014, cuando inició esta obra, época para la cual no se había otorgado la póliza fundante de la vinculación de Seguros Generales Suramericana.

Por ende, la aplicación del inciso 2° del artículo 1073 del Código de Comercio era de

*rigor, como lo hizo el juzgado de primera instancia, al concluir que Suramericana no estaba obligada al pago de la condena impuesta a las convocadas, **en razón a que el siniestro empezó antes de la cobertura temporal del seguro y continuó después de que la aseguradora asumió los riesgos, eventualidad que la exonera de responsabilidad en el pago del siniestro al tenor del precepto legal señalado***⁵

Resulta, por tanto, traer a mención de manera taxativa lo dispuesto por el citado artículo:

ARTÍCULO 1073. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO. *Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.*

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.

(subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este sentido, conforme al criterio general de cobertura basado en la ocurrencia del riesgo, el artículo 1073 del Código de Comercio establece que, tratándose de riesgos de desarrollo paulatino, es decir, aquellos que requieren el transcurso del tiempo para consolidarse efectivamente, no estarían cubiertos cuando su origen o inicio se haya dado antes del comienzo de la vigencia de la póliza, aunque sus efectos se manifiesten o se consoliden durante su vigencia. Por el contrario, sí estarán cubiertos aquellos riesgos cuyo desarrollo se inicie después del inicio de la vigencia de la póliza, incluso si sus efectos se consuman tras su expiración, ya que lo determinante para la activación del seguro es el momento de inicio de la realización del riesgo asegurado y no la fecha en que sus consecuencias se materialicen por completo.

En el presente asunto, debe destacarse que las disminuciones de pérdida de capacidad laboral reconocidas por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional se sustentan en antecedentes del 14 de abril de 2010 con una DCL del 10%, el 8 de septiembre de 2010 con una DCL del 20.35%, y el 29 de marzo de 2011 con una DCL del 28.32%. Esto evidencia que el asegurado ya presentaba una disminución estructurada y progresiva de su capacidad laboral, es decir, el riesgo de incapacidad y/o invalidez se venía

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia de 21 de julio de 2021. Exp. 2015-00230-M.D. Aroldo Wilson Quiroz Monsalve. CSER

desarrollando de manera paulatina desde años atrás y se mantuvo en el tiempo hasta derivar, ya durante la vigencia de la póliza, en la calificación del 71.68% de pérdida de capacidad laboral consignada en el dictamen del 18 de mayo de 2023. En este escenario, resulta claro que mi representada no está llamada a responder por un riesgo cuyo origen se produjo antes del inicio de la vigencia de la póliza, aunque sus efectos de invalidez total se hayan consolidado durante su cobertura.

II. ANTECEDENTES Se le ha practicado Junta Médica Laboral: JML No.154 14/04/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° AP 271/MEBUC, LITERAL B DCL 10%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.509 08/09/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 030/09 MEVAL, LITERAL B DCL 20.35%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.207 29/03/2011, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 186/2010 MEBUC, LITERAL B DCL 28.32%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: No Registra. Antecedentes del Informativo: N. 075/2014 DICAR, LITERAL N, Otros, TRAUMA CONTUNDENTE HEMITORAX IZQUIERDO.

Documento: Dictamen pérdida de capacidad laboral – Junta Medico Laboral Policía Nacional de 18 de mayo de 2023

Énfasis: *“Se le ha practicado Junta Médica Laboral: JML No.154 14/04/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° AP 271/MEBUC, LITERAL B DCL 10%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.509 08/09/2010, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 030/09 MEVAL, LITERAL B DCL 20.35%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO JML No.207 29/03/2011, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 186/2010 MEBUC, LITERAL B DCL 28.32%, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, APTO Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: No Registra. Antecedentes del Informativo: N. 075/2014 DICAR, LITERAL N, Otros, TRAUMA CONTUNDENTE HEMITORAX IZQUIERDO”*

En esa medida, el argumento del actor, según el cual pretende que únicamente se tenga en cuenta el dictamen del 18 de mayo de 2023 donde se calificó una pérdida de capacidad laboral del 71.68%, desconoce las reglas sobre cobertura temporal que rigen en el contrato de seguro, las cuales en los términos ya reseñados del artículo 1073 de la norma comercial permiten a la aseguradora exonerarse de responsabilidad por el pago del siniestro cuando este se inició antes de la vigencia de la póliza y continuó desarrollándose después, dado que en tales casos el riesgo no fue asumido válidamente por la compañía aseguradora al no haber comenzado dentro del período cubierto, como para predicarse su cobertura.

En conclusión, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no está llamada a atender la solicitud de indemnización que pretende el actor, pues como se ha evidenciado, las disminuciones de pérdida de capacidad laboral que sustentan su condición actual tienen un recuento claro desde los años 2010 y 2011.

Ello conlleva a predicar la falta de cobertura conforme a lo previsto en el artículo 1073 del Código de Comercio, en tanto el riesgo de invalidez y/o incapacidad se desarrolló paulatinamente desde antes del ingreso del asegurado a la póliza, el 31 de marzo de 2022. Aunque la invalidez del 100% se haya consolidado durante la vigencia del contrato, lo determinante para la activación válida del amparo es la ocurrencia del riesgo dentro del período de cobertura, situación que no se presenta en este caso, pues el riesgo se originó con anterioridad y continuó después de que comenzara a correr por cuenta de la Aseguradora, lo que excluye su responsabilidad en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio.

Por esas razones, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

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

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

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

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

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

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁶.*

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

⁶ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: *“aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”*

declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁷. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁸”. (Subrayado fuera del texto original)

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

*Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo**, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)⁹*

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

⁷ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁸ 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.

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.

la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁰, en donde estableció lo siguiente:

*“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», **el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».***

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

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

(...)

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

¹⁰ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la sociedad 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 retención sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...**”¹¹ (subrayado fuera del texto original).*

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

¹¹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia: Dupre Editores Ltda., 2010. P. 164.

*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)*

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.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta 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 a su Despacho que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe,

únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas fuera del texto)*.¹²

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 Gutiérrez¹³, expuso con claridad que el principio de la

¹² 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.

¹³ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

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

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

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

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

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

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

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 relación con la reticencia, resulta fundamental que el Despacho tenga en cuenta que, en el presente caso, procede la aplicación del artículo 1059 del Código

de Comercio. Esta disposición establece de manera clara que, cuando el contrato de seguro sea declarado nulo con ocasión de una reticencia del asegurado, la aseguradora se encuentra facultada para retener las primas pagadas a título de pena, sin que haya lugar a reembolso alguno. Al respecto la norma, en su tenor literal, dispone:

“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

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

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

6. FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA.

Es importante advertir al Despacho que, según se desprende del contenido del Certificado Individual del Seguro de Vida Individual Deudor, el único beneficiario a título oneroso del contrato es el Banco BBVA Colombia S.A., en su calidad de tomador de la póliza y acreedor de la obligación crediticia asegurada. En efecto, la finalidad esencial de la póliza es garantizar el pago del saldo insoluto del crédito en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del deudor asegurado. Por ello, la única parte legítimamente facultada para solicitar la activación del amparo es la entidad financiera como beneficiaria onerosa y no el señor Edinson Fabián Flórez Rojas, como se pretende indebidamente en el presente caso.

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

*“(…) **la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los***

***hechos constitutivos del litigio**, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)"¹⁴. (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*"Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. **Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)**"¹⁵ (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

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, Sentencia del Veintidós (25) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571-01(159430948)

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2004. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...) ¹⁶”.

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

*“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. **En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso.** Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.” (subrayado y negrilla fuera del texto original) ¹⁷*

En este contexto, debe concluirse que, cuando la parte demandante no ostenta vínculo alguno con el derecho material objeto del litigio, carece de legitimación en la causa por activa, lo que impide al juez emitir una sentencia favorable a sus pretensiones, por ausencia de uno de los presupuestos procesales esenciales para la prosperidad de la acción.

En ese orden de ideas, al no ostentar el señor Edinson Fabián Flórez Rojas la calidad de beneficiario a título oneroso de la póliza de Seguro Vida Individual Deudor, carece de legitimación en la causa por activa para reclamar judicialmente las prestaciones derivadas de dicho contrato. Dicho de otro modo, únicamente quien haya sido designado expresamente como beneficiario con derecho cierto sobre la cobertura asegurada está facultado para exigir su cumplimiento en sede judicial. En el presente caso, conforme a lo estipulado en el Certificado Individual del Seguro Vida Individual Deudor, esta calidad recae de forma exclusiva en el Banco BBVA Colombia S.A., en su calidad de tomador de la póliza y único titular del interés asegurable, lo que implica que solo dicha entidad puede activar válidamente las coberturas del seguro contratado.

¹⁶ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001. C.P. María Elena Giraldo, Rad: 10973-17 Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

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

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

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

(...)

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

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

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

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

(...)

*En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que **el Tribunal no pudo violar directamente**, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas”.¹⁸ (Subrayado fuera del texto original).*

De la lectura de la sentencia citada se resalta con claridad que la naturaleza del seguro de vida individual deudor, tiene como fin específico y esencial garantizar al banco acreedor el pago del saldo insoluto del

¹⁸ 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)

crédito en caso de presentarse el siniestro asegurado, ya sea el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del deudor. No existe otro diseño o finalidad en este tipo de contrato que habilite la invocación de una relación jurídico-sustancial directa por parte del asegurado, dado que el interés asegurable recae exclusivamente en el banco, titular del crédito. Se trata, en consecuencia, de un contrato oneroso celebrado en favor del acreedor, en el cual la suma asegurada está destinada única y exclusivamente a cubrir la deuda pendiente, protegiendo así el crédito otorgado y no generando un beneficio patrimonial autónomo para el asegurado.

En este contexto, la legitimación en la causa por activa para reclamar las prestaciones derivadas del contrato de seguro recae únicamente en quien ostente la calidad de beneficiario a título oneroso, esto es, el Banco BBVA Colombia S.A., quien figura expresamente como único beneficiario en el formulario de declaración de asegurabilidad. Ello resulta plenamente coherente con la naturaleza y finalidad de este tipo de seguros, cuyo objeto exclusivo es garantizar al acreedor el pago del saldo insoluto del crédito en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del deudor asegurado. En consecuencia, solo el banco acreedor cuenta con un interés legítimo y jurídicamente protegido para activar la cobertura del seguro.

BBVA		SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES HIPOTECARIO Y/O LEASING HABITACIONAL PÓLIZA No. 127	
Seguros			
Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente			
Fecha contable de inicio del crédito	Oficina Centro Hipotecario	Ciudad Bucaramanga	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde	Vigencia hasta
Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos Edinson Fabian Florez Rojas		Identificación 1098657747	Edad 33
Dirección Cra 9 No 60-02 Entrada 11 Apto 404		Teléfono 3753646408	Ciudad Bucaramanga
Fecha de nacimiento 05/09/1988	Sexo IX	Ocupación/Profesión Empleado	
Datos del Seguro			
Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor Asegurado
Prima mensual \$	Ferdcidas	Vr. Prima Total \$	

Documento: Declaración de asegurabilidad de 31 de mayo de 2022.

Énfasis: "Tomador/Beneficiario: BBVA Colombia SA"

En conclusión, no le asiste legitimación en la causa por activa al señor Edinson Fabián Flórez Rojas para

reclamar las prestaciones derivadas del contrato de seguro vida individual deudor, toda vez que no ostenta ninguna de las calidades legalmente exigidas para ello, pues no figura como tomador ni beneficiario a título oneroso en el Certificado Individual de Seguro allegado al expediente. La finalidad de esta clase de seguros es exclusivamente garantizar al acreedor, en este caso, el Banco BBVA Colombia S.A., el pago del saldo insoluto de la obligación crediticia en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del deudor asegurado. Así lo establece de forma clara el contenido expreso de la póliza y su certificado, así como la jurisprudencia reiterada de la Corte Suprema de Justicia, que ha enfatizado que, en este tipo de contratos, el único legitimado para activar válidamente la cobertura es la entidad financiera tomadora y beneficiaria del seguro.

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

7. EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL DEUDOR ES EL BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

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

En efecto, conforme a la declaración de asegurabilidad, el señor Edinson Fabián Flórez Rojas se encontraba amparado bajo póliza de seguro de vida grupo deudores asociada a la obligación crediticia adquirida con el Banco BBVA Colombia S.A., identificada con el número ***1118, en dicho instrumento se identificó expresamente como beneficiario oneroso único al Banco BBVA Colombia S.A. en un 100%. De este modo, en el presente caso, la Aseguradora únicamente tiene obligaciones contractuales frente a dicha entidad financiera, que en su doble calidad de tomadora y beneficiaria onerosa es la única legitimada para reclamar la cobertura derivada del seguro. En consecuencia, el señor Edinson Fabián Flórez Rojas, no ostenta legitimación para reclamar directamente el pago de la indemnización derivada del evento que se reclama, pues no tiene la calidad de beneficiario oneroso en los términos contractuales. Pretender lo contrario implicaría desnaturalizar la estructura propia del seguro de grupo vida deudores, que se celebra

para proteger un interés patrimonial concreto que es el crédito otorgado por la entidad financiera al asegurado, cuya invalidez constituye el siniestro frente al cual se activa, siempre que concurren los requisitos de cobertura, que en el presente caso no sucede ante la reticencia en que incurrió el asegurado.

Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

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

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.¹⁹ (...)

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

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor

¹⁹ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014 – Cra 11A No.94A-23 Of. 201

informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.²⁰
(...)

Así las cosas, queda demostrado que el seguro de vida grupo deudores es una modalidad especialmente diseñada para proteger el interés del acreedor, quien funge como tomador y beneficiario del contrato. En virtud de este esquema, la aseguradora, a cambio del pago de una prima, asume el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y en caso de configurarse el siniestro, la obligación de pago se dirige única y exclusivamente a la entidad financiera, hasta por el monto de la deuda garantizada. Es decir, la protección que ofrece este tipo de póliza recae sobre la operación crediticia, no sobre el patrimonio personal del asegurado ni en favor de sus causahabientes.

En el caso concreto, el señor Edinson Fabián Flórez Rojas suscribió la póliza de seguro de vida grupo deudores asociada a la obligación crediticia adquirida con el Banco BBVA Colombia S.A., identificada con el número ***1118, cuyo beneficiario oneroso exclusivo fue BBVA Colombia en un 100%, conforme consta en el certificado individual de seguro:

²⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

BBVA

Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA
 GRUPO DEUDORES HIPOTECARIO Y/O LEASING HABITACIONAL PÓLIZA No. 127

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contable / inicio del crédito	Oficina Centro Hipotecario	Ciudad Bucaramanga
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde / Vigencia hasta
Datos del Asegurado		
Nombres y Apellidos Edinson Fabian Florez Rojas	Identificación 1098657747	Edad 33
Dirección Csa 9 No 60-02 Entrada 11 Apto 404	Teléfono 3753646408	Ciudad Bucaramanga
Fecha de nacimiento 05/09/1988	Sexo IX	Ocupación/Profesión Empleado
Datos del Seguro		
Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Prima Mensual \$	Ferdcidadae	Vr. Prima Total \$

Documento: Declaración de asegurabilidad de 31 de mayo de 2022.

Énfasis: "Tomador/Beneficiario: BBVA Colombia SA"

En esa medida, si bien es cierto que BBVA Colombia presentó la solicitud de indemnización en virtud del dictamen de pérdida de capacidad laboral del asegurado con fecha 18 de mayo de 2023, también lo es que mi representada, en ejercicio de su facultad legal, objetó dicha solicitud mediante comunicación del 22 de junio de 2023, fundamentando su objeción en la configuración de una clara reticencia al momento de suscribirse la declaración de asegurabilidad. Tal como se ha expuesto de manera amplia y detallada, el asegurado omitió declarar múltiples condiciones de salud relevantes y preexistentes, lo que constituye una violación sustancial del deber de buena fe y del deber de información que le asistía en la fase precontractual, impidiendo a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo asumido.

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

económicos a los causahabientes del asegurado.

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

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

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

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

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

Subsidiariamente a las excepciones principales y sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de esta contestación, ni que ello implique aceptación alguna de responsabilidad por parte de mi representada, en el evento en que el Honorable Despacho considere que sí existe obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora, deberá advertirse que dicho reconocimiento, en todo caso, deberá ceñirse estrictamente al saldo insoluto de la obligación financiera a fecha de calificación de invalidez, esto es, al 18 de mayo de 2023. Cualquier afectación que exceda ese límite desconocería el alcance del contrato y la naturaleza indemnizatoria del seguro.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el saldo insoluto de la obligación. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

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

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

“(...) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización (...)”²¹.

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

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MR. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.

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

Por lo anterior, respetuosamente solicito al Honorable Despacho considerar que, en el caso bajo análisis, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., no puede ser condenada por un monto mayor o diferente al saldo insoluto de la obligación crediticia a fecha de calificación, de acuerdo con su clausulado y en todo caso, el valor eventual de condena será en estricto sentido al beneficiario a título oneroso que figura en la póliza. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador tenga en cuenta los límites y valores asegurados contenidos en dicha póliza en el remoto e improbable evento de una condena contra mi representada.

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaración de asegurabilidad del 31 de marzo de 2022.
- 1.2. Clausulado general Seguro Vida Deudor.
- 1.3. Derecho de petición y constancia de radicación de 4 de julio de 2025 dirigido a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.
- 1.4. Derecho de petición y constancia de radicación de 4 de julio de 2025 dirigido al Ministerio De Defensa Nacional

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS** su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS** podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en

cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el asegurado.

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

- 4.2. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada.

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

- 4.3. Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO**, asesora externa de mi representada con el objeto de acreditar ante el Despacho cuales fueron los análisis que se

hicieron al interior de la compañía para decidir no afectar el contrato de seguros.

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

- 4.4. Solicito se sirva citar a la señora **ADRIANA SANABRIA LEÓN**, en su condición de esposa y designada como apoyo mediante Escritura Pública 1637 de la Notaría Once del Círculo de Bucaramanga, modificada mediante escritura Pública No. 263 de la misma notaria del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**, a fin de que comparezca al proceso a fin de dar cuenta de los hechos y pretensiones objeto del litigio, en específico confirmar cuál era el estado de salud del asegurado al momento en que suscribió el contrato de seguro.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho para el esclarecimiento de los hechos materia del proceso, en la medida en que fue designada formalmente como apoyo del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS** mediante las escrituras públicas referidas, lo cual evidencia su cercanía y conocimiento directo de sus condiciones personales y médicas. Su declaración permitirá al despacho contar con un elemento de prueba idóneo para establecer cuál era el estado de salud del asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad del contrato de seguro vida individual deudor, punto central para resolver la controversia sobre la supuesta reticencia alegada.

El testigo podrá ser ubicado en el apartamento 403, bloque No. 6 entrada 11 Conjunto Residencial Plaza Mayor- Ciudadela Real de Minas- Bucaramanga y a la dirección electrónica adrianasanabrialeon148@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho

documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar al señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS** para que exhiba en la audiencia respectiva:

- La Historia Clínica de la desde el año 2005 a la actualidad.
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 154 del 14 de abril de 2010 donde se determinó una DCL del 10%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 509 del 8 de septiembre de 2010 donde se determinó una DCL del 20.35%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 207 del 29 de marzo de 2011 donde se determinó una DCL del 28.32%

La Junta Médica Laboral que emitió la calificación del 100% de pérdida de capacidad laboral el 18 de mayo de 2023 tomó en cuenta antecedentes de disminuciones de capacidad laboral ya calificadas en 2010 y 2011 (con porcentajes de 10%, 20.35% y 28.32%, respectivamente), cuyas causas clínicas subyacentes pudieron haberse originado o diagnosticado con anterioridad a esas fechas. Es por ello que se hace indispensable conocer la historia clínica desde 2005, para verificar los diagnósticos, tratamientos y condiciones médicas que el asegurado estaba en capacidad de conocer y declarar al momento de diligenciar la solicitud de asegurabilidad.

El propósito de la exhibición de estos documentos es demostrar de manera objetiva las patologías, diagnósticos y antecedentes médicos que presentaba el asegurado en los años previos y al momento de suscribir la solicitud de inclusión en la Póliza de Seguro Vida Individual Deudor. Esta exhibición resulta esencial para acreditar la reticencia en que incurrió el asegurado al declarar de manera incompleta e inexacta su estado de salud en la declaración de asegurabilidad suscrita el 31 de marzo de 2022. Los documentos solicitados se encuentran en poder del señor EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS, en su calidad de demandante, por tratarse de su historia clínica personal y de las calificaciones de pérdida de capacidad laboral que le fueron practicadas a lo largo del tiempo, las cuales sustentan su solicitud indemnizatoria en este proceso. Su exhibición permitirá al despacho valorar de forma completa y transparente la

controversia planteada en relación con la existencia de cobertura y la configuración o no de la reticencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

5.2. Amparado en el artículo 265 del Código General del Proceso con el fin de ejercer adecuadamente el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó, mediante derecho de petición radicado el 4 de julio de 2025, a la entidad **DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL** la remisión de:

- La historia clínica completa desde 2005
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 154 del 14 de abril de 2010 donde se determinó una DCL del 10%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 509 del 8 de septiembre de 2010 donde se determinó una DCL del 20.35%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 207 del 29 de marzo de 2011 donde se determinó una DCL del 28.32%

Documentos todos ellos del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJA** los cuales fueron señalados por mi representada como relevante en la objeción por reticencia. No obstante, al momento de esta actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que, se ordene a **DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL** la exhibición de dichos documentos clínicos, en el marco del presente trámite judicial.

La Junta Médica Laboral que emitió la calificación del 100% de pérdida de capacidad laboral el 18 de mayo de 2023 tomó en cuenta antecedentes de disminuciones de capacidad laboral ya calificadas en 2010 y 2011 (con porcentajes de 10%, 20.35% y 28.32%, respectivamente), cuyas causas clínicas subyacentes pudieron haberse originado o diagnosticado con anterioridad a esas fechas. Es por ello que se hace indispensable conocer la historia clínica desde 2005, para verificar los diagnósticos, tratamientos y condiciones médicas que el asegurado estaba en capacidad de conocer y declarar al momento de diligenciar la solicitud de asegurabilidad.

El propósito de la exhibición de estos documentos es demostrar de manera objetiva las patologías, diagnósticos y antecedentes médicos que presentaba el asegurado en los años

previos y al momento de suscribir la solicitud de inclusión en la Póliza de Seguro Vida Individual Deudor. Esta exhibición resulta esencial para acreditar la reticencia en que incurrió el asegurado al declarar de manera incompleta e inexacta su estado de salud en la declaración de asegurabilidad suscrita el 31 de marzo de 2022. Los documentos solicitados se encuentran en poder del señor EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS, en su calidad de demandante, por tratarse de su historia clínica personal y de las calificaciones de pérdida de capacidad laboral que le fueron practicadas a lo largo del tiempo, las cuales sustentan su solicitud indemnizatoria en este proceso. Su exhibición permitirá al despacho valorar de forma completa y transparente la controversia planteada en relación con la existencia de cobertura y la configuración o no de la reticencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

La documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**. Lo anterior a fin de fundamentar en forma debida como lo requiere el artículo 266 del Código General del Proceso.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica disan.asjur-tutelas@policia.gov.co en la dirección física Calle 44 No 50-51 Edificio Sede Seguridad Social en Bogotá.

5.3. Amparado en el artículo 265 del Código General del Proceso con el fin de ejercer adecuadamente el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó, mediante derecho de petición radicado el 4 de julio de 2025, a la entidad **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** la remisión de:

- La historia clínica completa desde 2005.
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 154 del 14 de abril de 2010 donde se determinó una DCL del 10%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 509 del 8 de septiembre de 2010 donde se determinó una DCL del 20.35%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 207 del 29 de marzo de 2011 donde se determinó una DCL del 28.32%

Documentos todos ellos del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJA** los cuales fueron señalados por mi representada como relevante en la objeción por reticencia. No obstante, al momento de esta actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que, se ordene a **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** la exhibición de dichos documentos clínicos, en el marco del presente trámite judicial.

La Junta Médica Laboral que emitió la calificación del 100% de pérdida de capacidad laboral el 18 de mayo de 2023 tomó en cuenta antecedentes de disminuciones de capacidad laboral ya calificadas en 2010 y 2011 (con porcentajes de 10%, 20.35% y 28.32%, respectivamente), cuyas causas clínicas subyacentes pudieron haberse originado o diagnosticado con anterioridad a esas fechas. Es por ello que se hace indispensable conocer la historia clínica desde 2005, para verificar los diagnósticos, tratamientos y condiciones médicas que el asegurado estaba en capacidad de conocer y declarar al momento de diligenciar la solicitud de asegurabilidad.

El propósito de la exhibición de estos documentos es demostrar de manera objetiva las patologías, diagnósticos y antecedentes médicos que presentaba el asegurado en los años previos y al momento de suscribir la solicitud de inclusión en la Póliza de Seguro Vida Individual Deudor. Esta exhibición resulta esencial para acreditar la reticencia en que incurrió el asegurado al declarar de manera incompleta e inexacta su estado de salud en la declaración de asegurabilidad suscrita el 31 de marzo de 2022. Los documentos solicitados se encuentran en poder del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**, en su calidad de demandante, por tratarse de su historia clínica personal y de las calificaciones de pérdida de capacidad laboral que le fueron practicadas a lo largo del tiempo, las cuales sustentan su solicitud indemnizatoria en este proceso. Su exhibición permitirá al despacho valorar de forma completa y transparente la controversia planteada en relación con la existencia de cobertura y la configuración o no de la reticencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

La documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**. Lo anterior a fin de fundamentar en forma debida como lo requiere el artículo 266 del Código General del Proceso.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica procesosordinarios@mindefensa.gov.co y la dirección física Carrera 54 N° 26-25 CAN | Edificio Fortaleza en Bogotá.

6. OFICIOS.

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

6.1. DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

Para que remita los siguientes documentos clínicos del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**

- La historia clínica completa desde 2005.
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 154 del 14 de abril de 2010 donde se determinó una DCL del 10%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 509 del 8 de septiembre de 2010 donde se determinó una DCL del 20.35%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 207 del 29 de marzo de 2011 donde se determinó una DCL del 28.32%

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición radicado el 4 de julio de 2025, sin que a la fecha se haya recibido respuesta alguna. En virtud de lo anterior y dado que se trata de información contenida en el historial clínico del asegurado, cuya obtención directa por esta parte no ha sido posible, se requiere la práctica de prueba por oficio como medio idóneo para acceder a dicha evidencia, indispensable para el ejercicio del derecho de defensa.

Esta prueba tiene como finalidad corroborar las condiciones de salud preexistentes del asegurado al momento de la celebración del contrato de seguro, en tanto dichas circunstancias médicas no fueron informadas en la declaración de asegurabilidad, hecho que constituye el fundamento de la

excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica disan.asjur-tutelas@policia.gov.co en la dirección física Calle 44 No 50-51 Edificio Sede Seguridad Social en Bogotá.

6.2. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Para que remita los siguientes documentos clínicos del señor **EDINSON FABIÁN FLÓREZ ROJAS**

- La historia clínica completa desde 2005.
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 154 del 14 de abril de 2010 donde se determinó una DCL del 10%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 509 del 8 de septiembre de 2010 donde se determinó una DCL del 20.35%
- Dictamen Junta Médica Laboral No. 207 del 29 de marzo de 2011 donde se determinó una DCL del 28.32%

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición radicado el 4 de julio de 2025, sin que a la fecha se haya recibido respuesta alguna. En virtud de lo anterior y dado que se trata de información contenida en el historial clínico del asegurado, cuya obtención directa por esta parte no ha sido posible, se requiere la práctica de prueba por oficio como medio idóneo para acceder a dicha evidencia, indispensable para el ejercicio del derecho de defensa.

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

Puede ser oficiado a la dirección electrónica procesosordinarios@mindefensa.gov.co y la dirección física Carrera 54 N° 26-25 CAN | Edificio Fortaleza en Bogotá.

7. DICTAMEN PERICIAL

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

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

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

VI. ANEXOS

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

VII. NOTIFICACIONES

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

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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