



Bucaramanga, 15 de julio de 2025

Doctora

**DIANA CRISTINA MANTILLA CARDOZO**

Juzgado Diecisiete (17) Civil Municipal de Bucaramanga

Canal digital: [17cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:17cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

<b>REFERENCIA:</b>	<b>DESCORRO TRASLADO DE EXCEPCIONES PRESENTADAS POR EL APODERADO ESPECIAL DEL BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.</b>
<b>RADICADO:</b>	<b>680014003017-2025- 00337- 00</b>
<b>DEMANDANTE:</b>	<b>EDINSON FABIAN FLOREZ ROJAS</b>
<b>DEMANDADOS:</b>	<b>BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A Y OTRO</b>

En mi calidad de apoderado judicial de la parte **demandante** en el proceso del epígrafe, y encontrándome dentro de los términos legales, me permito **DESCORRER EL TRASLADO DE LAS EXCEPCIONES**, presentadas por el apoderado especial del **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, quien, en la contestación de la demanda, remitió electrónicamente esta, a la parte demandante, el **día viernes 4 julio de 2025**, en el cual, exteriorizó, las siguientes:

#### **1. EXCEPCIONES**

Puntualiza en el escrito de contestación de la demanda, el apoderado judicial, las siguientes **EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO**, que describió y determino, como:

- 1.1. **NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**
- 1.2. **FALTA DE COBERTURA TEMPORAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1073 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.**
- 1.3. **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE EL ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.**
- 1.4. **LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**
- 1.5. **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.**
- 1.6. **FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA.**
- 1.7. **EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL DEUDOR ES EL BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**
- 1.8. **PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.**
- 1.9. **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.**
- 1.10. **GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

Las cuales descorro en los siguientes términos, así:

En lo que refiere a la denominada excepción de **NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO**, obsérvese desde ya, que esta es de relleno jurídico de la contestación de la demanda, atendiendo que desconoce el precedente jurisprudencial, en el cual, el apoderado judicial, deduce, que "...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...”

Concluyendo en extenso argumento “...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.”

A lo cual, en virtud de lo dispuesto en el Art. 1058 del C. de Co: “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud ... producen nulidad relativa del seguro. **Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efectos el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo**”. Por lo cual, la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo no tiene por fuente misma dicho contrato, sino que opera en la fase previa a su celebración, es decir, se materializa en la etapa precontractual, ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, o de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones distintas, entre ellas, valga decir, más onerosas.

A lo cual, obviamente, en línea de principio se ha considerado que el tomador debe evitar cualquier clase de inexactitud o reticencia, puesto que esa conducta tendría la gravosa consecuencia de dejar sin efecto legal el contrato.

Es así, que, desde vieja data, la Corte Suprema de Justicia<sup>1</sup> ha instruido, que, así como la ley brinda al asegurador protección cuando determina que el contrato de seguro se sanciona con nulidad relativa, por declaraciones reticentes e inexactas, **también le exige al asegurador** que sea diligente y utilice sus conocimientos, herramientas y medios profesionales, indagando por sí mismo el real estado del riesgo, averiguando si son verdaderas las afirmaciones del futuro tomador, sobre todo si de esas afirmaciones se desprenden hechos relevantes que puedan incidir en la configuración del contrato e incluso en la determinación de no asumir el riesgo.

Por lo cual, Corte, ha fijado criterio, al respecto, “lo que sentencia a las claras cómo no toda esa carga de lealtad de que se viene hablando corre exclusivamente por cuenta del asegurado; al asegurador, es ostensible, también concierne e interesa ésta, razón por la que, con prescindencia de la declaración de ciencia del asegurado, debe asesorar e informar al tomador de todas las circunstancias que conoce dado su profesionalismo y puedan orientar la voluntad de aquél, en el entendimiento de que de cualquier manera cuenta con la posibilidad de realizar investigaciones tendientes a determinar el verdadero estado del riesgo; al depositar su confianza en el tomador puede motu proprio, aunque sin estar obligado a ello, entrar en indagaciones para “mejor proveer, si así lo estima aconsejable” “debido conocer”, conforme al criterio esbozado en el citado fallo de 19 de mayo de 1999, que es la expresión inserta en la norma, impera que el asegurador **“al momento de determinar el estado del riesgo, debe ser diligente, o sea que no es de su arbitrio exigir del tomador una cualquier prueba o declaración, descartando o guardando silencio sobre aspectos relevantes, y mucho menos dejando a su sola voluntad las manifestaciones o pruebas para la determinación del verdadero estado del riesgo, sino que, se repite, debe asumir un comportamiento condigno con su actividad, dado su profesionalismo en tal clase de contratación”**”.

<sup>1</sup> CSJ. Cas Civ.. Abril 11 2002 Exp. 6825; Abril 27 de 2007 Exp. 11001-31-03-022-1997-04528-01

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Casación Civil, sentencia del 26 de abril de 2007, M.P. Dr. Manuel Isidro Ardila.



En el mismo sentido, en sentencia del 13 de diciembre de 2018<sup>3</sup>, la Corte Suprema de Justicia destacó: *“paralelo al deber del potencial tomador...en el otro vértice contractual recae también la carga de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esta condición, pudiendo efectivamente hacerlo”*.

Ahora bien, en el ámbito Constitucional, en múltiples pronunciamientos también ha indicado, el guardián de la Constitución Política de Colombia, que la **aseguradora tiene un deber de diligencia superior por ser la experta en seguros y quien ostenta la posición dominante en la relación jurídica**, y en tal sentido **debe verificar la información entregada por el tomador y que tratándose del especial caso de seguros de personas, a estas debe practicarles exámenes médicos o solicitarlos y revisar sus historias clínicas con el fin de que prosperen las excepciones de nulidad relativa por reticencia o inexactitud**.<sup>4</sup>

Posteriormente en sentencia T-316 de 2015, la guardiana de la Carta Constitucional, señaló que, si bien la información suministrada por el tomador debía considerarse cierta en virtud del principio de buena fe que rige el contrato de seguro, es necesario que la aseguradora la verifique, en palabras de la Corte:

*“Esta carga se fundamenta en que las personas, al adquirir una póliza de seguro, pueden no estar al tanto de su estado actual de salud, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado... la carga probatoria se encuentra justificada en que es la aseguradora la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro, por lo que es aquella quien debe indagar por dichas condiciones”*

Asimismo, aunque, no es vinculante al despacho, pero el Tribunal Superior de Cali, citando basta jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, también se ha pronunciado sobre este tema de discusión destacando lo siguiente:

*“... no se ha establecido que sea obligación legal del asegurador salir a confirmar por sus propios medios la certeza de la declaración de asegurabilidad, porque no es esa la lectura del artículo 1058 comercial, pero tampoco ha señalado que esté del todo exento de desplegar una actitud diligente, preventiva y condigna del ejercicio de su profesión, como es, verificar la presencia de reticencias en tal declaración en aras de precaver litigios, orientar a su cliente en la suscripción y confección del contrato y salvaguardar sus propios intereses de los efectos de la reticencia en el tiempo, especialmente cuando se trata de seguros de vida, uno de ellos, la prescripción de su derecho a blandir la nulidad relativa por reticencia o inexactitud del estado de riesgo, bien sea como acción o como excepción.”<sup>5</sup>*

Por lo cual, no es de recibo, que, en esta etapa de exigencia del cumplimiento de lo pactado con la aseguradora y el señor Flórez Rojas, sobre lo 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, esta venga argumentar su propia torpeza y falta de diligencias exigidas por la ley, la jurisprudencia, en el cual, la aseguradora, debió *“desplegar una actitud diligente, preventiva y condigna del ejercicio de su profesión, como es, verificar la presencia de reticencias en tal declaración en aras de precaver litigios, orientar a su cliente en la suscripción y confección del contrato y salvaguardar sus propios intereses de los efectos de la reticencia”*, en la que ahora se defiende a través de la presente excepción, en la cual, se alega, que *“... 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*

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, M.P. Luis Alonso Rico Puerta SC5327-2018.

<sup>4</sup> Ver entre otras sentencias T-533 de 1996, T-290 de 1998, T-024 de 2016 y T-609 de 2016.

<sup>5</sup> Tribunal Superior de Cali, Sala Civil M.P. DR Homero Mora Insuasty, sentencia del 15 de marzo de 2011, Rad: 003-2001-00535-02



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.” Argumentos estos, que prueban, que la aseguradora realizó los estudios a la historia clínica y sus antecedentes laborales, atendiendo que, se tenía previo conocimiento que el asegurado, se encontraba vinculado laboralmente a la Policía Nacional; y bajo estas condiciones, obviamente se le concedió el crédito que hoy nos centra la atención.

Ante lo cual, la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 1 de septiembre de 2021<sup>6</sup>, en el cual consideró que, si el fundamento de la **nulidad por reticencia era invocado por la aseguradora, era esta quien estaba obligada a demostrar la mala fe del tomador en virtud de las cargas probatorias del artículo 167 del C.G.P.**, y del **151611 del Código Civil**. Igualmente, como la nulidad está supeditada a que la información no declarada haya sido relevante para la aseguradora, también estableció la Corte que es entendible que esta relevancia deba ser probada por la aseguradora. Que, en la presente causa, no se encuentra probada la mala fe del asegurado.

Ahora bien, a través de sentencias proferidas por la Corte Constitucional, entre ellas la T-658 de 2017 y T-061 de 2020, dicho cuerpo colegiado consideró que la aseguradora, para poder alegar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia debe probar la relación de causalidad entre los hechos preexistentes y el siniestro acaecido.

En atención, al hilo jurisprudencial, no es dable afirmar, en la presente excepción, que *“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.”* Honorable Juez, la póliza fue convenida con un miembro de la Fuerza pública, en el cual, la aseguradora tenía previo conocimiento, quien debió indagar al respecto de manera diligente al respecto. A lo cual, sobrevino a lo convenido en la póliza una cuestión un hecho sobreviniente al amparo, referente 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, se justifica obviamente a la activación de la póliza; atendiendo que el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, estructuró o sobrevino después de la suscripción de la declaración de asegurabilidad de la póliza, esto es, el 31 de marzo de 2022, por lo cual, no es dable aplicar la teoría de la reticencia, como la pretende el apoderado judicial, atendiendo que el señor Flórez Rojas, no padecía dicha enfermedad mental, por la cual, obviamente, sobrevino el diagnóstico de la esquizofrenia paranoide, y por ende, una determinación de la disminución de su capacidad laboral, en 100%, lo que da lugar a la activación de 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, haciendo parte esta, del proceso de aseguramiento, al asegurado.

Por lo cual, sin duda alguna, se generó un hecho sobreviniente, siendo aquel, el que ocurre después de la fecha en que se suscribió la póliza vida deudor, desconocido por el hoy demandante, lo cual, sucedió después de la firma de la póliza; bajo esta línea, no se puede afirmar, ni mucho menos, inferir de manera subjetiva que existió mala fe, por parte del señor EDINSON FABIAN FLOREZ ROJAS, al momento de diligenciar las referidas declaraciones de asegurabilidad, que infiere el apoderado judicial que marcó en su respectiva casilla, el NO a enfermedades de condiciones de salud y antecedentes médicos, pero olvida el togado que esta carga de verificar y analizar, se la ha interpuesto la jurisprudencia a la aseguradora, atendiendo el poder dominante, que estos toman al momento del diligenciamiento, del aporte de la documentación necesaria para los desembolsos, es de resaltar, que esta declaración de asegurabilidad se realizó de manera mecánica, sin ofrecer al tomador, la asesoría, explicación y acompañamiento que se

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia, Cas Civil, M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Rad:SC3791-2021



requería, asimismo, no se encuentra probado, un nexo causal directo entre el siniestro – diagnóstico esquizofrenia paranoide y la información presuntamente omitida por el asegurado, por lo cual, es claro indicar, que la historia clínica, es contundente en probar que la enfermedad mental ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, devino en la humanidad de EDINSON FABIAN FLOREZ, después de la suscripción de la Póliza.

Aunado a lo anterior, la Corte Constitucional, ha estudiado las diferentes posturas que se han adoptado frente al deber de diligencia de la aseguradora para comprobar el estado de salud del asegurado con la póliza seguros vida deudora, las que se sintetizan así:

1) La aseguradora cumple con el deber de diligencia si en la etapa precontractual formula un cuestionario claro y preciso al tomador en el que indaga por su estado de salud. Según esta tesis el asegurador no está en obligación de realizar exámenes médicos para verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad. Esta postura ha sido aplicada en las sentencias SC2803-2016, T-370 de 2015, T-058 de 2016 y T-071 de 2017.

2) El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constate la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, de acuerdo con la reciente jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, la declaración de asegurabilidad no basta “cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo”. En estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador o asegurado en este caso, y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador asegurado, omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario. Para demostrar el conocimiento presuntivo de la aseguradora en estos casos, se debe acreditar que: “(i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas”. Esta postura ha sido aplicada en sentencias

Por lo anterior, es claro, que la ASEGURADORA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., no acató la postura jurisprudencial, que rigen la invocación de retención en el contrato de seguros vida, y aun así, uso esta figura como fundamento para negar el pago del crédito insoluto que tiene el demandante con el BANCO BBVA, sin demostrar la mala fe en cabeza del asegurado.

Bajo estas circunstancias, la presente excepción, no tiene vocación de prosperidad.

Respecto a la excepción denominada como, **FALTA DE COBERTURA TEMPORAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1073 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**. Infiere el apoderado judicial, en la presente excepción que, “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”. Obsérvese honorable juez, que si bien es cierto, fue convenida una póliza de seguro vida, en atención al crédito hipotecario, que realizó el señor EDINSON FABIAN FLOREZ ROJAS, en el cual, adquirió la obligación 0013-0158-00-9625851118, con el Banco BBVA COLOMBIA, la cual, se encuentra asegurada bajo la póliza de **Seguro Vida Deudor No. 02-1050000124842, expedida bajo el certificado No. 0013-0158-66-4020578500**, estipulada con la aseguradora **BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. - BBVA SEGUROS**, y **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. - BBVA SEGUROS DE VIDA**, con una prioridad de pago mensual vencido bajo las siguientes coberturas, a saber:



AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$105.752.653.74
<b>Incapacidad total y permanente</b>	<b>\$105.752.653.74</b>

Póliza de **Seguro Vida Deudor**, que fue emitida para la fecha **31 de mayo de 2022**, que en la actualidad, se encuentra **vigente**, suscribiéndose el referido clausulado, que dentro este pacto, se determinó el amparo por incapacidad total o permanente, en el cual, se estableció, lo siguiente:

**"1. AMPAROS**

**1.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

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

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

**LA FECHA DEL SINIESTRO, SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN".**

Evidénciese, que de lo convenido no se dijo absolutamente nada, sobre la "... 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". Cuya potestad de averiguar, analizar y pactar o limitar dicha situación, que existía en la humanidad del demandante, muy a pesar, que jurisprudencialmente, esta carga la tiene la entidad aseguradora, o de pronto dentro del análisis o estudio a la accesibilidad del crédito, pudo haber tenido conocimiento, sin embargo accedió al amparo, con la única condición que el "... **ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO...**", aquí, no se supeditó, ni mucho menos, se limitaron las partes - asegurado y aseguradora a limitar dicha incapacidad, como y en que circunstancias acontecía el 100%, de la incapacidad del asegurado, por lo cual, no se puede cambiar lo convenido a través de la presente excepción, no se especificó sobre ese 100% de incapacidad total y permanente, simplemente se convino una incapacidad que impidiera de forma total y permanente a realizar cualquier tipo de actividad u ocupación y que obviamente, no haya sido provocada por el asegurado, por lo cual, no obra prueba alguna, que la ESQUIZOFRENIA PARANOIDE que presenta el demandado, devino de su actuar, y que esta, le sumara a las incapacidades que la DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL, le había realizado, con anterioridad, totalizándole un 100% de dicha incapacidad total y permanente, lo que nos indica, que se cumplen todos los requisitos de lo convenido en la tan referida póliza, y por ende, su amparo debe darse, tal cual, como se pactó, dentro de los términos de la referida póliza, en el cual, no se especificó ninguna exclusión de incapacidad, que se le haya realizado con anterioridad al asegurado, simplemente se condicionó al 100% de la incapacidad, total y permanente, lo que aconteció a través de la Junta Medico Laboral, que determino dicha incapacidad.



Por lo anterior, es dable honorable juez, que la presente excepción alegada en los términos del 1073 del C. Co., no tiene vocación de prosperidad, más aún, cuando la aseguradora toma un poder dominante, en el cual, al momento o previamente al suscribir la Póliza, esta debe analizar y estudiar la historia clínica, en sí, indagar al asegurado sobre dichos aspectos, que hoy alega en la presente excepción; bajo estos términos, no tiene vocación de prosperidad, por lo cual, no se debe acceder.

Ahora bien, respecto a la **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE EL ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL**, Ante lo expuesto, en la primera excepción que se descurre a través del presente documento, para no transcribir nuevamente la totalidad de la jurisprudencia allí en cita, me permito referirme a unos apartes de estas, respecto a la sentencia del 13 de diciembre de 2018<sup>7</sup>, la Corte Suprema de Justicia destacó: *“paralelo al deber del potencial tomador...en el otro vértice contractual recae también la carga de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esta condición, pudiendo efectivamente hacerlo”*.

En el mismo sentido, en el ámbito Constitucional, en múltiples pronunciamientos también ha indicado, el guardián de la Constitución Política de Colombia, que la **aseguradora tiene un deber de diligencia superior por ser la experta en seguros y quien ostenta la posición dominante en la relación jurídica**, y en tal sentido **debe verificar la información entregada por el tomador y que tratándose del especial caso de seguros de personas, a estas debe practicarles exámenes médicos o solicitarlos y revisar sus historias clínicas con el fin de que prosperen las excepciones de nulidad relativa por reticencia o inexactitud**.<sup>8</sup>

Bajo estos parámetros jurisprudenciales, no es dable argumentar la presente excepción, atendiendo, el cumulo de jurisprudencia en cita en el presente documento. Mas aún, cuando se torna la aseguradora con ese poder dominante, en el que, la jurisprudencia inclusive le exime y le amplía ese poder en exigir exámenes médicos, que en el caso de miembros de la Fuerza Pública, indagar si a estos, se les ha realizado Juntas Medico Laboral, en los que le haya mermado su incapacidad laboral, por lo cual, tal exigencia es de carga de la aseguradora, máxime cuando poseen el poder dominante.

Por lo anterior, y sin más elucubración al respecto, la presente excepción, no esta llamada a su prosperidad debido a la negligencia y falta de diligencia de la aseguradora, en obtener la información en la etapa precontractual que le corresponde del asegurado, lo cual, no se le indagó al respecto, razones estas, que la presente excepción, no está llamada a su prosperidad,

En lo que respecta a la excepción denominada **LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO**. En la presente excepción, el apoderado judicial infiere, *“...que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia”*, En el cual, el apoderado judicial del BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA, en la presente causa litis, no logra eco probatorio, solo se limita a una contradicción dialéctica y puramente retórica, que no va más allá de resaltar en todo momento que el señor EDINSON FABIAN FLOREZ ROJAS, 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, sin acreditar esfuerzo alguno por corroborar a través de un medio idóneo, sobre el real estado de salud del asegurado, pese a ser profesionales en la materia y que se trataba de un seguro que amparaba la eventual incapacidad total o permanente en un 100% del deudor; en el cual, la demandada, se sustrajo a este deber primario de acreditar, verificar las condiciones clínicas de quien diligenció el formulario, tampoco se apuntó a la demostración de haber brindado la asesoría que ameritaban las circunstancias propias de un seguro de tal envergadura; es de recalcar que el escaso conocimiento por parte del asegurado, sobre la técnica de seguros y la falta de asesoría efectiva, por lo cual, se puede

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia, M.P. Luis Alonso Rico Puerta SC5327-2018.

<sup>8</sup> Ver entre otras sentencias T-533 de 1996, T-290 de 1998, T-024 de 2016 y T-609 de 2016.



señalar, que la carga es mayor para la aseguradora, en verificar la información que le suministra el asegurado.

Por la misma línea, el cúmulo probatorio que allega la parte demandada en la contestación de la demanda, no ofrece ningún respaldo persuasivo encaminado a demostrar la mala fe del señor EDINSON FABIAN FLOREZ, tampoco, al momento de diligenciar las ya referidas declaraciones de asegurabilidad, lo que da fuerza a esta posición sostenida, en lo relativo del diligenciamiento, de la documentación necesaria para el desembolso, lo cual, se realizó, de manera mecánica, sin ofrecer al tomador la asesoría, explicación y acompañamiento que se requería; en igual sentido, existe ausencia probatoria, que demuestre un nexo causal directo entre el siniestro y la información dada por el demandante, lo que queda claro y evidente que la ESQUIZOFRENIA PARANOIDE generó la discapacidad total y permanente en un 100%, lo que activó la Póliza convenida, por lo cual, no se puede inferir una mala fe del asegurado como un requisito de prueba, sin demostrar esta, ante ello, la presente excepción no tiene vocación de prosperidad.

En cuanto a la excepción determinada y denominada como **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**, si bien es cierto, que la acreditación de mala fe no es un requisito para que prospere la alegación de reticencia en un contrato de seguro, pero la aseguradora debe probar la reticencia, la cual, se refiere a la omisión o inexactitud en la declaración del riesgo por parte del tomador al momento de contratar. Esto significa que el tomador, al contratar, no revela de manera completa y veraz información relevante sobre el riesgo que se está asegurando, pese a esto le incumbe la obligación a la aseguradora de verificar, constatar, la confirmación de la información que suministra el asegurado, de lo contrario se tornaría en una evidente omisión por parte de la aseguradora, que es evidente en el presente caso, mas aún, cuando se tuvo toda la información y el consentimiento del tomador para realizar esta, incluyendo el formulario de declaración de estado de riesgo.

Ahora bien, bajo estos parámetros la compañía aseguradora no verificó, no constato la información que le fue suministrada, en la cual, tratándose de un miembro de la fuerza pública debió indagarlo, constatar e interrogarlo, si con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro, se le había realizado Juntas médicas Laborales, y en caso afirmativo, que porcentaje de la disminución de la capacidad laboral padecía al momento de suscribir dicha póliza, y que obviamente, posiblemente, probablemente, bajo estas circunstancias sin duda alguna, se le hubiese otorgado el referido amparo, por lo cual, y como lo han referido las altas cortes, al respecto, en el que, las cargas impuestas a las aseguradoras tienen como finalidad proteger los derechos fundamentales de los tomadores, quienes, en su mayoría, son usuarios del sistema financiero que se ven compelidos a garantizar un crédito a través de la suscripción de un contrato de seguro de vida, el cual, es un negocio jurídico adicional al contrato principal del usuario con el banco.

Como resultado del contrato de seguro, la entidad financiera podrá exigir el cumplimiento de la obligación crediticia, contenida en el contrato principal, e independientemente de las causas que hayan originado el incumplimiento. Esta situación revela una serie de privilegios en favor del banco con los que el usuario financiero no cuenta, lo que constituye una relación comercial asimétrica. Los usuarios, a su vez, para efectos de acceder al servicio público de banca, se ven obligados a: i) adquirir seguros con las entidades avaladas por el banco que otorga el crédito, lo que incide directamente en la limitación de su derecho a la libertad y del ejercicio de su autonomía privada en materia contractual, ii) pagar el valor de la prima de dichos seguros, iii) asumir el costo de la distribución de los riesgos inherentes al contrato de crédito, y iv) suscribir un título valor que se desprende de la causa con el fin de garantizar las obligaciones del contrato principal.

Con base a lo anterior, este tipo de privilegios otorgados por el sistema jurídico a las entidades financieras, en principio, no es inconstitucional. No obstante, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido de forma pacífica que dichas facultades o privilegios no son omnímodos. En efecto, en la Sentencia T-738



de 2011<sup>9</sup>, la Corte señaló que un incorrecto ejercicio de las facultades otorgadas a las entidades del sistema financiero, como es el caso de los bancos y de las aseguradoras, puede devenir en un abuso de la posición dominante de dichas entidades, y en la consecuente vulneración de derechos fundamentales de los usuarios. Al respecto, indicó:

**"Para la Sala, este comportamiento de las accionadas como entidades pertenecientes al sistema financiero (...), evidencia una vez más la utilización de la posición dominante, tanto en el contrato de mutuo como en el de seguros cuando, amparadas en la aparente legalidad de la literalidad de las cláusulas de los documentos con que se instrumentaron los contratos de crédito hipotecario y el de seguros respectivamente, actuando en sus condiciones de acreedora sin satisfacción de su crédito por parte de la ejecutante y de no obligada al pago de indemnización por terminación del amparo vida ante la no cancelación de las primas, por parte de la aseguradora, se propicia la terminación formal de la vía ejecutiva, en la que como se dijo, ya no era factible debatir las controversias que podían llevar a que la obligada al pago de la deuda fuera la aseguradora, lo que obviamente liberaba a la accionante de esa carga. Es para la Sala entonces, un comportamiento con el que sin permitir que fuera la justicia la que decidiera el asunto, se causó a la accionante el riesgo inminente de perder su vivienda, que como se ha considerado en esta providencia, para ella hace parte de su mínimo vital".** (Subraya y negrilla fuera del texto).

"19. En virtud de las prerrogativas que el ordenamiento jurídico ha conferido a los bancos y las aseguradoras, y de su posición dominante frente al usuario, dichas entidades deberán ejercer sus facultades en el marco del principio de responsabilidad en el análisis y valoración de las pruebas aportadas. De esta forma, con el fin de evitar la configuración de un abuso del derecho, las mencionadas instituciones se encuentran en la obligación jurídica de evaluar de forma adecuada y razonable la causa que origina los incumplimientos contractuales o los siniestros, previamente a determinar si es procedente el adelantamiento de un proceso ejecutivo por razón de un presunto incumplimiento contractual, o la objeción al pago de la indemnización por razón del fenómeno de la reticencia.

En efecto, la Corte Constitucional, se ha pronunciado sobre el alcance del derecho fundamental al debido proceso en materia de contrato de seguros. Así, ha señalado que en virtud de este derecho constitucional fundamental, las aseguradoras tienen la obligación de realizar un análisis adecuado de las condiciones del marco legal para determinar la procedencia del pago de la indemnización. Al respecto, en la **Sentencia T902 de 2013**<sup>10</sup> manifestó:

**"El derecho fundamental al debido proceso (art. 29, C.P.), como lo ha entendido la Corte para los casos en los cuales se examina la actuación de una aseguradora, estipula que las determinaciones acerca de si se reconoce o no un derecho deben estar basadas en las condiciones previamente pactadas, sin desconocimiento del marco legal. En este caso, la demandada utilizó una interpretación particular del contrato de seguro para afirmar que la accionante debía acudir a la Junta Regional de Calificación para demostrar el siniestro, pero no observó que en realidad esa restricción probatoria no estaba consagrada, ni podía imponerse partiendo de una lectura favorable al usuario. La Sala en esta ocasión considera que el derecho fundamental al debido proceso de la tutelante fue vulnerado".** (Subraya y negrilla fuera del texto).

En similar sentido, el alcance del derecho fundamental al debido proceso en materia contractual implica que la aseguradora y el banco deberán evaluar las pruebas aportadas a la reclamación efectuada por el tomador del seguro o el usuario financiero, con el fin de determinar la existencia o no de un incumplimiento contractual o de la procedencia de la indemnización. Esta particular obligación de las mencionadas entidades tiene su razón de ser en las prerrogativas que el ordenamiento les otorga. Adicionalmente, su inobservancia deviene en un abuso de la posición dominante que tanto los bancos como las aseguradoras tienen en el mercado, y en la potencial afectación de los derechos fundamentales de los usuarios.

21. En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. En virtud

<sup>9</sup> M.P. Mauricio González Cuervo.

<sup>10</sup> M.P. María Victoria Calle Correa.



*del derecho fundamental al debido proceso y del principio de responsabilidad en la valoración de las pruebas, la entidad también deberá valorar las pruebas aportadas en el trámite adelantado por el tomador a la luz de los principios de la sana crítica.*

*22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la "reticencia", deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.*

*El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.*

*23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición".*

A la luz de la anterior providencia, es dable honorable Juez, concluir que la aseguradora tiene doble carga, de presentar el formulario y una vez, este diligenciado por el asegurado, realizar todas las averiguaciones al respecto, para así, acceder a lo solicitado, que tal como se ha venido reiterando en jurisprudencia, la aseguradora toma una posición dominante, y bajo esta, debe realizar los trámites que esta considere para la averiguación de la información dada por el tomador, en su debida etapa precontractual, y de esta manera concluir la suscripción del amparo.

Razones fácticas y jurídicas, por las cuales, la presente excepción, no esta llamada a su prosperidad.

Ahora bien en lo que respecta a la excepción denominada como **FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA**, referente a la presente excepción, el apoderado judicial de la aseguradora infiere, que de acuerdo al contenido del certificado individual del seguro de vida individual deudor, el único beneficiario a título oneroso del contrato es el BBVA COLOMBIA S.A. en su calidad de tomador de la Póliza y acreedor de la obligación crediticia asegurada, sin duda alguna, el BANCO BBVA, es el beneficiario de lo que en la presente demanda se persigue, por lo cual, se solicita la activación del amparo atendiendo la negativa de referenciado banco BBVA COLOMBIA SA., en la cual, y tal como se puede observar fueron vinculados desde el inicio de la Conciliación, la aseguradora y el referenciado banco, y de acuerdo a la negativa de estos, dio origen a la presente demanda.

Circunstancias fácticas y jurídicas, por las cuales, la presente excepción, no está llamada a su prosperidad, teniendo en cuenta, que el señor EDISON FABIAN FLOREZ, fue quien suscribió dicha póliza de seguro de vida individual a favor del Banco BBVA COLOMBIA S.A. en su calidad de beneficiario, con el fin de acreditar el pago, de la obligación crediticia asegurada, razones estas, por las cuales, se vinculó a referenciado banco y a la aseguradora – BBVA SEGUROS COLOMBIA DE VIDA S.A. para que active el amparo a la referenciada entidad financiera como beneficiaria de la suscrita póliza, por lo cual, ni de asomo, se puede argumentar una falta de legitimación por activa por parte de la aseguradora, siendo esta la entidad con quien suscribió la póliza vida deudor, amparando el crédito obtenido con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., más aún cuando esta entidad financiera, lo requiere para que cumpla la obligación amparada, circunstancias estas, que a la fecha se encuentra puntual en su pago evitando una mora, y por ende, las acciones ejecutivas al



respecto, por lo cual, es la aseguradora, quien debe garantizar el pago total de acuerdo a la póliza vida deudor .

Sin mayor elucubración, no es dable jurídicamente, que la presente excepción tenga vocación de prosperidad, atendiendo el escrito de la demanda, en los cuales, se relacionan los hechos y pretensiones, que lo que evidentemente se busca es el amparo de la póliza del crédito hipotecario.

En lo referente a la excepción denominada, **EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL DEUDOR ES EL BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**, en la presente excepción, se indica, en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguros vida deudores los únicos beneficiarios a título oneroso del seguro, son las entidades beneficiaras que actúan como tomadoras, de acuerdo a lo convenido, por lo cual, no hay duda alguna, que derivado de la invalidez y de acuerdo al riesgo de incumplimiento, por el tomador, la finalidad de seguro vida, no es más, que la protección directa del asegurado, y por ende, garantiza el pago de la obligación financiera a favor del banco, siendo este el único titular del interés asegurado.

De lo anterior, es dable aclarar, que de acuerdo a la negativa de la aseguradora BBVA SEGUROS VIDA COLOMBIA S.A., en activar el amparo de la Póliza de Seguro Vida, grupo deudores asociada a la obligación crediticia adquirida con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., identificada con el número .....1118, y que obviamente se identifico como tomador oneroso el Banco BBVA COLOMBIA en un 100%, por lo cual, y de acuerdo a la fecha de estructuración de la invalidez del 100% asignada al señor EDISON FABIAN FLOREZ ROJAS, en la cual, se realizó la respectiva reclamación y debido a la negativa de la aseguradora de cubrir o activar el amparo en su pago en un 100%, desde esta fecha, se han generado unas cuotas, a la cual, el asegurado viene cubriendo en su totalidad, bajo estas circunstancias fácticas y jurídicas, se solicita en la presente demanda la devolución de estos dineros, desde la fecha de la estructuración, del 100% de la incapacidad total y permanente de EDINSON FABIAN FLOREZ, que si bien es cierto, el banco BBVA COLOMBIA S.A., debe devolver estos dineros, que viene asumiendo el beneficiario, una vez, se cubra el amparo.

Bajo estos argumentos, es dable parcialmente la prosperidad de esta excepción, pero, como tal se pretende en la presente acción, que el banco devuelva las cuotas canceladas desde la fecha de estructuración de la incapacidad hasta que, judicialmente se le ordene a la aseguradora el pago total del amparo.

Respecto a la excepción que determino como, **PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO**, indicia el apoderado judicial, que, "... 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."; tal como se expresó en el escrito de la demanda, y del cual, es evidente desde ya, que esta, es una excepción de relleno y de justificación argumentativa sin fundamento jurídico, atendiendo, que la determinación de la Junta Medico Laboral, por parte de la Policía Nacional – Unidad Prestadora de Salud de Santander, la cual fue realizada al señor **EDINSON FABIAN FLOREZ ROJAS**, el día 18 de mayo de 2023, y plasmada en el **Acta JML No. 3873 de fecha 18 mayo de 2023**, con base al diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, debidamente notificada el día 18 de mayo de 2023; en la cual, al presentar la solicitud de conciliación ante la **PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN - CENTRO DE CONCILIACIÓN EN MATERIA CIVIL Y COMERCIAL**, el día **28 de marzo de 2025**, suspende los términos de prescripción y/o caducidad, programándose audiencia de conciliación para el día **VEINTITRÉS (23) DE ABRIL DE DOS MIL VEINTICINCO (2025) A LAS NUEVE Y CUARENTA Y CINCO DE LA MAÑANA (09:45 AM)**, de manera virtual. En el que, a partir de la firmeza del acta de conciliación (24 de abril de 2025), inició nuevamente a contabilizarse, el término de los 2 años. En todo caso, a la fecha de presentación de la demanda, sin contabilizarse la suspensión del término de caducidad o prescripción, en los términos del Artículo 56<sup>11</sup> de la ley 2220 de 2022, en el que, a la fecha de presentación de esta

<sup>11</sup> **ARTÍCULO 56. SUSPENSIÓN DEL TÉRMINO DE CADUCIDAD O PRESCRIPCIÓN.** La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que suscriba el acta de conciliación, se expidan las constancias establecidas en la presente ley o hasta que se venza el término de tres (3) meses, o la prórroga a que se refiere el artículo 60 de esta ley, lo que ocurra primero.



demanda, tan sólo han transcurrido un término de 22 meses, de acuerdo al artículo 1081 del Código de Comercio.

Sin duda alguna, se constata que estamos dentro del plazo establecido de 24 meses, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio; por lo que la acción no está afectada por el fenómeno extintivo de la prescripción; teniendo en cuenta, que dicho término para la prescripción ordinaria es de dos años.

Por lo cual, la presente excepción, no tiene vocación de su prosperidad, mas aún, cuando brilla la ausencia jurídica de su fundamentación de acuerdo a los fundamentos facticos antes expuestos.

En cuanto a la excepción denominada y determinada como, **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO**. Infiere el apoderado judicial que la entidad que representa, que, *"...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"*. Tal como se puede desprender en el escrito de la demanda y sus pretensiones, lo que se busca, es lo debidamente amparado en la póliza vida deudor, desde la fecha de estructuración, suscrita por el señor EDINSON FABIAN FLOREZ ROJAS y la aseguradora BBVA SEGUROS VIDA COLOMBIA, en la cual, se establece con claridad un límite máximo de indemnización, indemnización esta, que de acuerdo a las pretensiones no excede, ni mucho menos, supera el monto de lo establecido, simplemente, se busca obtener lo cancelado o pagado a la entidad crediticia BANCO BBVA COLOMBIA S.A., desde la fecha de estructuración, hasta que judicialmente se ordene el pago o el monto indemnizado al banco BBVA COLOMBIA S.A., como tomador de la Póliza de Seguro, y este a su vez, realice la respectiva devolución de lo cancelado por el asegurado, desde la fecha de estructuración hasta la fecha que un juez de la Republica ordene el pago.

Y a la última excepción denominada como **GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS**, no me pronunciaré al respecto, atendiendo, que es de libre albedrío de la señora Juez, en su valoración y determinación de conformidad al artículo 282 del C.G.P.

En los anteriores argumentos, descorro las excepciones planteadas por el apoderado judicial de la entidad demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

De la señora juez, atentamente,

**OSCAR BOLIVAR ORTEGA**  
CC. 73.132.004 expedida en Cartagena  
T.P. 159.694 del C. S. de la J.