

Señores.

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**  
**DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES**

E. S. D.

**REFERENCIA:** ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR  
**RADICACIÓN:** 2025072778  
**EXPEDIENTE:** 2025-8937  
**DEMANDANTE:** CLAUDIO PELLATON MORENO  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO.

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por CLAUDIO PELLATON MORENO en contra de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

**SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA**

Previo a efectuar el análisis por el cual a mi representada no le asiste obligación indemnizatoria, es preciso indicar que el artículo 278 del Código General del Proceso dispuso con claridad el deber que le asiste al juez de proferir sentencia anticipada cuando encuentre probada la prescripción y la falta de legitimación en la causa. Por este motivo, en este caso se solicita se dicte sentencia anticipada con base en los siguientes argumentos:

Primero, en el litigio que nos ocupa BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. carece de legitimación en la causa por pasiva atendiendo a que la demanda se sustenta en la expedición de una Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor el 25 de julio de 2023, mientras que el asegurado fue calificado con una PCL superior al 50% el 13 de marzo de 2023. Es decir, para la fecha en que fue emitido el dictamen de pérdida de capacidad laboral que enuncia la parte demandante no existía la Póliza de

seguro que fue expedida por mi representada, por lo que no existe una relación directa con la controversia en cabeza de la compañía aseguradora.

Segundo, en el presente asunto ha operado la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la parte demandante en los términos del artículo 1081 del C.Co. Lo anterior, atendiendo a que el hecho que da base a la acción se produjo el 13 de marzo de 2023, en ese sentido, la parte demandante estaba obligada a ejercer la acción dentro de los dos años siguientes a la fecha del haberse declarado la Invalidez conforme lo indica el artículo 1081 del Código de Comercio. En esta medida, contando con el hecho que da base a la acción el hoy demandante tenía **hasta el 13 de marzo de 2025** para presentar la demanda y no lo hizo sino hasta el **12 de mayo de 2025**, cuando el término prescriptivo había fenecido. En todo caso, si se quisiera valorar la solicitud de indemnización presentada por el asegurado con fecha de radicación del 28 de marzo de 2025, la misma en todo caso no podría interrumpir el termino de prescripción, pues para dicha calenda ya se había materializado la misma.

## **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**FRENTE AL HECHO 1:** Es cierto lo manifestado en el hecho. Se aclara a la Honorable Delegatura que, el 06 de julio de 2023, el demandante solicitó un seguro por lo que se emitió la Póliza de Seguro Vida Deudor asociada al crédito \*\*\*5241 con fecha de perfeccionamiento a partir del 25 de julio del año 2023 en la que el señor CLAUDIO PELLATON MORENO tiene la calidad de asegurado. En este sentido debe decirse que, si bien los amparos contratados fueron los de vida (muerte por cualquier causa) e incapacidad total y permanente, este último, esto es, el de invalidez, no era un riesgo para el momento de la contratación sino un hecho cierto no asegurable por ministerio de la Ley. Efectivamente, el artículo 1054 del C.Co impide asegurar hechos pretéritos y por tanto ciertos, por lo que, por sustracción de materia, la pérdida de capacidad laboral del 13 de marzo de 2025 no podía ser asegurada pues aquella ya no representada un riesgo de cara al contrato de seguro.

**FRENTE AL HECHO 2:** Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se hacen en el presente numeral, me pronunciaré de la siguiente manera:

Es cierto lo manifestado en el hecho con relación a la emisión del Acta de Junta Medica Laboral No. 216963 del 13 de marzo de 2023 en donde la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia Ejercito Nacional determinó un porcentaje de pérdida de capacidad laboral acumulada del 56.79% para el señor Pellaton Moreno. Lo anterior, comoquiera que tiene la Junta Medica No. 102636 del 07 de julio de 2018 y la Junta Médica No. 123270 del 01 de marzo de 2022 como antecedente de relevancia.

Por otro lado, y como está demostrado, el hecho que da base a la acción es un hecho cierto no

asegurable por ministerio del artículo 1054 del C.Co. Efectivamente, el contrato de seguro se perfeccionó el 25 de julio de 2025, no obstante, el demandante ya venía con una calificación de invalidez superior al 50% desde el 13 de marzo de 2023. Esto quiere decir, que las pretensiones del demandante deben ser desestimadas, pues pretende afectar el seguro con base en un hecho cierto que es extraño al seguro.

**FRENTE AL HECHO 3:** No es cierto en la forma que se expresa. Si bien se presentó una solicitud de indemnización que se aclara data del 28 de marzo de 2025, lo cierto es que no podrá surgir obligación indemnizatoria en cabeza de la compañía de seguros, por cuanto en el caso que nos ocupa: i) Se presenta una falta de cobertura de los hechos ciertos, ii) Se ha materializado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro iii) Se presenta una falta de cobertura temporal de la póliza por haberse presentado la invalidez en una fecha anterior al inicio de la vigencia del seguro y en todo caso iv) Se ha materializado la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia.

**FRENTE AL HECHO 4:** Es cierto lo manifestado en el hecho respecto a la respuesta emitida por mi representada. Por medio de comunicación escrita con fecha del 11 de abril de 2025, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objetó formalmente la solicitud de indemnización realizada teniendo en cuenta que, entre múltiples circunstancias que se probarán en el proceso, se advierte que el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral expedido por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia Ejercito Nacional, contempla como fecha de emisión el 13 de marzo de 2023, esto es, 4 meses y 12 días antes de que iniciara la vigencia de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor. Esto significa, que nos encontramos ante un hecho cierto no asegurable por ministerio del artículo 1054 del C.Co.

## **OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que: i) Se presenta una falta de cobertura de los hechos ciertos, ii) Se ha materializado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro iii) Se presenta una falta de cobertura temporal de la póliza por haberse presentado la invalidez en una fecha anterior al inicio de la vigencia del seguro y en todo caso iv) Se ha materializado la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1:** Me opongo a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que: i) Se presenta una falta de cobertura de los hechos ciertos, ii) Se ha materializado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro iii) Se presenta una falta de cobertura temporal de la póliza por haberse presentado la invalidez en una fecha anterior al inicio de la vigencia del seguro y en todo caso iv) Se ha materializado la nulidad del aseguramiento como

consecuencia de la reticencia.

Principalmente, la SFC debe tener en cuenta que el hecho que da base a la acción es un hecho cierto no asegurable por ministerio del artículo 1054 del C.Co. Efectivamente, el contrato de seguro se perfeccionó el 25 de julio de 2025, no obstante, el demandante ya venía con una calificación de invalidez superior al 50% desde el 13 de marzo de 2023. Esto quiere decir, que las pretensiones del demandante deben ser desestimadas, pues pretende afectar el seguro con base en un hecho cierto que es extraño al seguro.

**OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO** a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Frente al momento en el que se empiezan a causarse los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades que estos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

*“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo”<sup>1</sup>*

Lo anterior, deja claro que la pretensión del demandante en este caso no tiene vocación de prosperidad, puesto que los intereses moratorios podrían empezar a causarse solo hasta que el fallo judicial brinde certeza sobre la obligación. Toda vez que antes de proferirse el fallo, no existe certeza sobre la obligación de indemnizar.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES 3 Y 4: ME OPONGO** a las pretensiones elevadas, por sustracción de materia, en tanto que resultan consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, estas también deben ser desestimadas frente a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

## **OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA**

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

No se emitirá pronunciamiento alguno en este sentido, atendiendo a que la parte demandante no está solicitando el reconocimiento de una indemnización, compensación o al pago de frutos, y en todo caso no se dan los presupuestos del artículo 206 del C.G.P.

## EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

### 1. FALTA DE COBERTURA DE LOS HECHOS CIERTOS CONFORME AL ART. 1054 DEL C.CO.

En el presente caso es de suma importancia indicar a la Honorable Delegatura que el señor Claudio Pellaton sustenta la presenta demanda frente al hecho de haber sido calificado con una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, tal y como ha quedado claro a partir del contenido del Acta de Junta Médica Laboral No. 216963 de fecha 13 de marzo de 2023. En dicha acta se estableció un valor de 21.59%, sumado a dos actas anteriores, de fecha 07 de julio de 2018 y 01 de marzo de 2022, lo que arroja un valor final acumulado del 56.79%. No obstante, el certificado individual de seguro fue diligenciado por el asegurado el 06 de julio de 2023, mientras que la vigencia de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor asociada al crédito \*\*\*5241 inició el 25 de julio del mismo año, momento en el cual fue desembolsado el crédito que se ampara con la misma. Lo anterior nos permite concluir sin dubitaciones que, para el momento en que el seguro fue suscrito y perfeccionado, el demandante ya contaba con una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, en tal virtud, para que pueda predicarse el amparo, es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la póliza. No obstante, en este caso la vigencia es posterior a la calificación de invalidez y por tratarse de un hecho cierto no es procedente reclamar suma alguna a la compañía.

En efecto, es indiscutible que el contrato de seguro ampara hechos futuros e inciertos, lo que correlativamente significa, que en ningún escenario puede asegurar hechos pretéritos y por tanto ciertos. En esta medida, toda vez que para la fecha en la cual se perfeccionó el aseguramiento la invalidez del demandante ya no era una contingencia futura, sino que ya había acaecido, es claro que, al ser un hecho cierto, es extraño al contrato de seguro y de esa manera constituye un riesgo no asegurable.

La Corte Suprema de Justicia ha definido efectivamente el riesgo en materia de seguros de la siguiente manera:

*“El riesgo, elemento esencial del contrato de seguro, justamente es un **acontecimiento futuro e incierto temido por el acreedor, por el contratante o por el tomador**; llámese terremoto, incendio, inundación, enfermedad, inclusive la propia muerte (artículos 1054 y 1137 del Código de Comercio), etc.; esta última, entendida como “(...) **la incertidumbre del acontecimiento de una contingencia desfavorable**”. Todos esos fenómenos se aseguran, no para suprimir el hecho condicional, sino con el propósito de obtener una indemnización*

*o compensación económica, ante la ocurrencia de la condición o del evento dañoso o del acontecimiento temido. Por tanto, el riesgo, en general es un hecho condicionante, esto es, verdadera circunstancia futura e incierta, por la posibilidad de su ocurrencia al mediar la incertidumbre de que sobrevenga el hecho por obra del azar, del alea, afectando patrimonialmente a un sujeto de derecho, en forma concreta (seguro de daños), o en forma abstracta (seguro de personas).*<sup>2</sup> (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

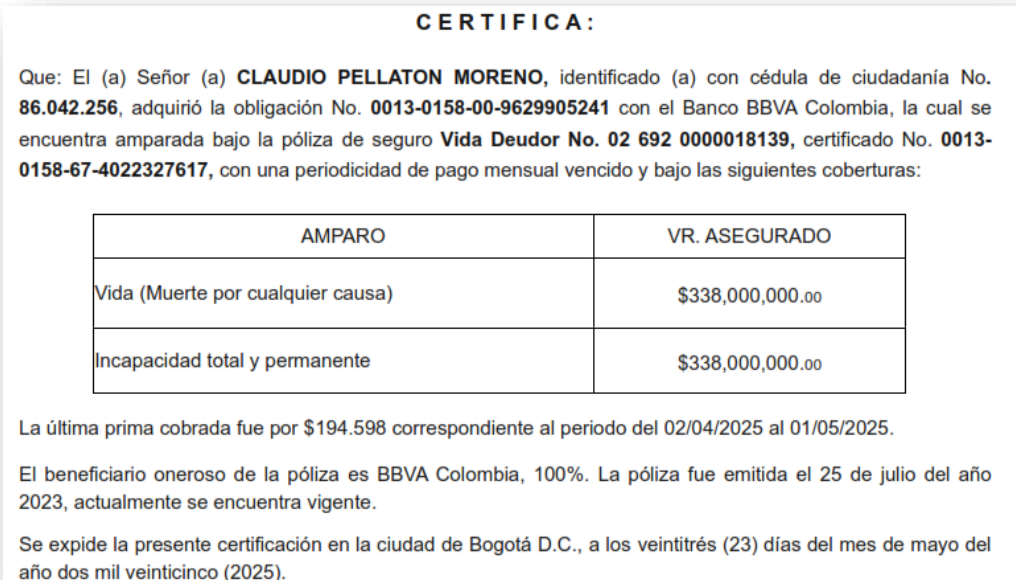
La importancia de lo que precede radica en que es de la esencia del contrato de seguro su carácter aleatorio, el cual, implica que la obligación que de este se deriva pende de la realización de un hecho futuro respecto del cual no se tiene certeza sobre su ocurrencia. Si se pretendiera, como en el caso concreto se pretende, hacer exigible la obligación que emana del contrato de seguro por un hecho ya acaecido y por tanto cierto, ello implicaría eliminar completamente su esencia aleatoria, para transformarlo en un contrato conmutativo.

Ahora bien, el Despacho también debe considerar las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio el cual, al referirse a la definición de riesgo, de manera explícita define que los hechos ciertos no constituyen riesgos, pues al tenor literal dispone:

*“Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.”* (subrayado y negrilla añadido).

En otras palabras, para que el contrato de seguro preste cobertura resultaba totalmente necesario que el evento en virtud del cual se realiza la solicitud indemnizatoria ocurra dentro de la vigencia, la cual tuvo su inicio a partir del 25 de julio de 2023. Sin embargo, como está probado, el señor Pellaton Moreno contaba con una Invalidez superior al 50% calificada por la Acta de Junta Médica Laboral No. 216963 de fecha 13 de marzo de 2023, en la cual se estableció un valor final acumulado del 56.79%. Es decir, dicha condición de invalidez es anterior a la suscripción de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor, por lo que es claro que, de la mera lectura del certificado de la póliza, se encuentra que el contrato de seguro por el cual fue vinculada mi representada no puede ser afectado en tanto no ampara los hechos ciertos, veamos:

<sup>2</sup> Sentencia de 15 de junio de 2016, SC7814-2016, Radicación No. 05001-31-03-010-2007-00072-01. M.P Luis Armando Tolosa Villabona.



Documento: Certificado de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor No. 02 692 0000018139

Por lo indicado, la Compañía Aseguradora no estaría llamada a responder en este caso puesto que para la fecha en que se suscribió la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor, el señor Pellaton Moreno contaba con una Invalidez superior al 50% calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad, esto es, mucho antes de que iniciara la cobertura de la póliza y será razón suficiente para desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización o pago alguno con cargo a la póliza de seguros, puesto que la misma no ofrece cobertura.

Es decir, lo anterior implica que ante la configuración de determinada situación fáctica ella no podría constituir un riesgo amparado por el contrato de seguro. En otras palabras, el hecho de que el señor Claudio Pellaton contara con una Invalidez superior al 50% calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad, desde el 13 de marzo de 2023, siendo este hecho anterior a la fecha de cobertura del seguro, no constituye un riesgo por ser un hecho cierto y extraño al contrato de seguro.

En conclusión, la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor asociada al crédito \*\*\*5241 no presta cobertura frente al Amparo de Incapacidad Total y permanente pues, para el momento en que el señor Pellaton Moreno contrató la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor, ya tenía una invalidez superior al 50% desde el año 2023, la cual fue calificada por la Junta Médica Laboral de la Fuerzas militares – Dirección de Sanidad. En consecuencia, al probarse que dicha Invalidez ocurrió con antelación a la vigencia del contrato de seguro, es indudablemente un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse un riesgo y mucho menos constituye un supuesto fáctico susceptible de aseguramiento. Por ende, ninguna obligación indemnizatoria encaminada a satisfacer tal pretensión puede ser atribuida a mi representada.

Por lo anterior, respetuosamente ruego al Honorable Juez tener por probada esta excepción.

## 2. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Desde este momento, solicito al honorable Despacho tener consideración que la Póliza Seguro Vida Deudor asociada al crédito \*\*\*5241 no podrá hacerse efectiva, debido a que en el presente caso operó la prescripción ordinaria del contrato de seguro, pues tal y como se probará en el trámite procesal, el hecho que da base a la acción se produjo el 13 de marzo de 2023. En ese sentido, la parte demandante estaba obligada a ejercer la acción dentro de los dos años siguientes a la fecha del haberse declarado la Invalidez conforme lo indica el artículo 1081 del Código de Comercio. En esta medida, contando con el hecho que da base a la acción, el hoy demandante tenía **hasta el 13 de marzo de 2025** para presentar la demanda y no lo hizo sino hasta el **12 de mayo de 2025**, cuando el término prescriptivo había fenecido. En todo caso, si se quisiera valorar la solicitud de indemnización presentada por el asegurado con fecha de radicación del 28 de marzo de 2025, la misma en todo caso no podría interrumpir el termino de prescripción, pues para dicha calenda ya se había materializado la misma.

En ese sentido, es dable manifestar que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

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

del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

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

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

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...))**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”<sup>3</sup> (Subrayado fuera del texto original)*

De modo que resulta claro que el término bienal para que opere la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro deberá empezar a contarse desde el momento en que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, pues es allí cuando nace la obligación condicional de esta. Así lo ha expuesto la Corte y lo ha confirmado en diversos planteamientos jurisprudenciales que dan cuenta de que es la fecha del siniestro la que marca el hito temporal a partir del cual deberá empezar a contarse el término bienal de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro.

De los hechos de la demanda y tal como se evidencia en el trámite procesal, para el 13 de marzo de 2023 el señor CLAUDIO PELLATON MORENO fue valorado en Junta Medica Laboral de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia Ejercito Nacional No. 216693, en la cual se determinó una invalidez superior al 50%. Razón por la cual, desde ese momento empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio para que la parte demandante ejerciera las acciones derivadas del seguro en contra de mi representada.

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

En ese sentido, la prescripción extintiva de la acción ordinaria en contra de mi representada se consolidó el 13 de marzo de 2025. Sin embargo, CLAUDIO PELLATON MORENO solo presentó la demanda hasta el **12 de mayo de 2025**, es decir, cuando ya la acción derivada del contrato de seguro había prescrito. En todo caso, si se quisiera valorar la solicitud presentada por el asegurado con fecha de radicación del 28 de marzo de 2025, la misma en todo caso no podría interrumpir el término de prescripción, pues para dicha calenda ya se había materializado la misma. De lo anterior se colige que el asegurado debía haber presentado la demanda a más tardar el 13 de marzo de 2025, por lo cual es evidente que en el presente caso operó el fenómeno jurídico de la prescripción.

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

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

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

*Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. **De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron***

**tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria,** como en efecto lo advirtió el Tribunal al concluir que para el momento de presentación de la demanda había fenecido la acción.<sup>4</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Tal y como se evidencia del texto transcrito, el término de los dos años que le corre en este caso al asegurado inicia desde que tuvo conocimiento de la realización del riesgo asegurado. Por tal motivo, no existe ningún tipo de duda que dicho término inició en el caso concreto el 13 de marzo de 2023. Por supuesto y como se ha explicado, sin lograr ser interrumpido puesto que la primera solicitud de indemnización se radicó pasados los dos años, esto es, hasta el 28 de marzo de 2025. Esto quiere decir, que la acción está prescrita pues la demanda fue presentada por fuera del término bienal hasta el pasado 08 de mayo de 2025.

En conclusión, no existe duda alguna que ha operado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del asegurado en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. Por cuanto, es claro que el término prescriptivo feneció con creces, al haber transcurrido más de dos años desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (13 de marzo de 2023) y hasta que se radicó la demanda en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (12 de mayo de 2025).

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

### **3. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DEL CONTRATO DE SEGURO PÓLIZA VIDA DEUDOR ASOCIADO A LA OBLIGACIÓN NO. 0013-0158-00-9629905241**

La Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor vinculada a la obligación crediticia No. 0013-0158-00-9629905241 cuenta con vigencia a partir del 25 de julio del año 2025 y si bien la parte demandante pretende con su demanda que se ordene el pago del amparo contratado de Incapacidad Total y Permanente, debe advertirse que no es procedente reconocer suma alguna. Lo anterior, atendiendo a que el amparo antes referenciado se encuentra claramente descrito dentro del condicionado general aplicable a la póliza y establece que la fecha de siniestro será la fecha de emisión de la correspondiente calificación de invalidez, la cual se estableció en el acta de Junta Médica Laboral No. 216963 del 13 de marzo de 2023, es decir, en una fecha anterior al inicio de vigencia de la póliza. Por lo tanto, es clara la ausencia de cobertura temporal del seguro relacionado y en dicha medida no podrá afectarse el seguro póliza vida deudor emitida por mi procurada.

Siendo consciente el legislador que en materia de derecho privado la voluntad de las partes resulta

<sup>4</sup> Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, sentencia SC4904 del 04 de noviembre de 2021. Radicado 2017-0133. Mp. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

de gran trascendencia con el fin de convenir las cláusulas por las cuales se registrará el negocio que celebren, fue su voluntad plasmar de forma clara dicha libertad contractual en la normativa aplicable al contrato de seguro, es de esta forma que en el artículo 1056 del Código de Comercio dispuso:

*“(…) Artículo 1056. Delimitación contractual de los riesgos: con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (…)”*

Es posible vislumbrar en la mentada norma que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para delimitar los riesgos que decide asumir, ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica restringiendo temporalmente los hechos que pueden constituir eventualmente la ocurrencia del riesgo asegurado, en este sentido la Corte Suprema de Justicia ha expresado lo siguiente:

*“(…) se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, **le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente** los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales (…)”* (Subrayado y negrita fuera del texto original)<sup>5</sup>.

En igual sentido, la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho asegurado ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de la misma. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la Legislación Colombiana estableció en el artículo 1057 del Código de Comercio, desde qué momento se asumen los riesgos por parte de la Aseguradora, así:

*“(…) **ARTÍCULO 1057. TÉRMINO DESDE EL CUAL SE ASUMEN LOS RIESGOS.** En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato. (…)”*

A su vez, la Corte Suprema de Justicia ha indicado que los riesgos dentro de la póliza deben ser determinados temporalmente en el marco de la autonomía de la voluntad de las partes. De modo que los mismos deberán ser respetados puesto que así lo han pactado las partes en el contrato de seguro.

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por*

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

*definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordarla determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, **sin límites temporales**, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, **temporal** y espacialmente.”<sup>6</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Para el caso que nos ocupa se tiene que, en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor, bajo las prerrogativas otorgadas por la misma ley a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., se estableció que el siniestro de incapacidad total y permanente ocurriría en la fecha de calificación de invalidez del asegurado. Esto quiere decir, que como en el caso concreto el seguro se perfeccionó con el desembolso que se hiciera el 25 de julio de 2023, para la fecha de calificación del hoy demandante, esto es, para el 13 de marzo de 2023, no existía ningún aseguramiento. Efectivamente, esto permite exonerar de toda responsabilidad a la Compañía de Seguros, pues la invalidez ocurrió antes de que el seguro naciera a la vida jurídica. Sobre este particular, es menester citar el clausulado general de la siguiente manera:

## **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 DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

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

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

**Documento:** Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor No. 02 692 0000018139

**Transcripción parte esencial:** *“Si durante la vigencia de la póliza a la cual se accede y antes de cumplir el asegurado la edad definida en las condiciones generales particulares de la póliza, si como asegurado sufre una incapacidad que impida de en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación siempre que no haya sido provocada por el asegurado la compañía pagará el 100% del valor asegurado ... **La fecha del siniestro será la fecha de emisión de la correspondiente calificación**”*

Es así, que el hecho que da lugar a la acción debe presentarse dentro de la vigencia de la póliza, lo que nos lleva a establecer que, para el caso concreto, el hecho corresponde a la declaratoria de incapacidad laboral del demandante la cual se reconoció por medio de la Junta Medica Laboral No. 216963 del 13 de marzo de 2023. De la premisa anterior se concluye entonces que el evento carece de cobertura temporal, en tanto la vigencia de la póliza inició el 25 de julio de 2023, es decir, 4 meses y 12 días antes de que la póliza entrara en vigencia.

En este orden de ideas, no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos establecidos para el amparo de incapacidad total y permanente para afectarlo. La delimitación temporal en este caso indica que serán cubiertas las pérdidas de capacidad laboral ocurridas en vigencia de la póliza, esto es, la existencia de una calificación de invalidez, en firme, realizada por la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado el asegurado o por la junta regional y nacional de calificación de invalidez, siempre que la misma arroje una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Sin embargo, en este caso se emitió por parte de la Junta Medica Laboral de las Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional Dirección de Sanidad, un dictamen con el número 216963 y fecha del 13 de marzo de 2023. Por este motivo, es evidente que el presupuesto de la temporalidad no

se cumple para el caso de marras, atendiendo a que la calificación es anterior al inicio de la vigencia del seguro (4 meses y 12 días antes). Por lo tanto, estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgador determine la ausencia de obligación por parte de la Aseguradora ante una falta de cobertura temporal de la póliza.

En conclusión, no existe ningún tipo de responsabilidad en este caso puesto que la calificación de invalidez del demandante ocurrió por fuera del marco temporal delimitado en la póliza por parte de la Aseguradora. Lo anterior, toda vez que el seguro se perfeccionó el 25 de julio de 2023 con el desembolso del crédito que hiciera el Banco BBVA, mientras que la pérdida de capacidad laboral del demandante fue calificada el 13 de marzo de 2023. Esto quiere decir, que en los términos del artículo 1057 del C.Co el seguro no presta cobertura temporal, en la medida de que el hecho que da base a la acción se presentó con anterioridad a la entrada en vigencia del aseguramiento.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

### **3. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es menester poner de presente a la Honorable Delegatura que el Asegurado, el señor CLAUDIO PELLATON MORENO, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, más exactamente sus patologías de síndrome del túnel del carpo bilateral y diabetes mellitus, las cuales definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Conforme se probará a la Honorable Delegatura, el señor Claudio Pellaton Moreno, no informó a la compañía aseguradora al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor acerca de sus padecimientos de salud y mucho menos, puso en conocimiento la existencia de una pérdida de capacidad laboral superior al 50% conforme fue declarada desde el 13 de marzo de 2023 por la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia- Ejército Nacional.

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 este 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**”<sup>7</sup>. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, 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 la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le*

---

<sup>7</sup> 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.

*sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar 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.”<sup>8</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>9</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente***

<sup>8</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

<sup>9</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

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 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.”<sup>10</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cumulo 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

<sup>10</sup> 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.

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

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 06 de julio de 2023, fecha en la cual se diligenció la solicitud de seguro y su declaración de asegurabilidad, el señor Claudio Pellaton Moreno omitió informar su verdadero estado del riesgo, es decir, no le informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados pese a tener pleno conocimiento de la existencia de estos. Es decir, a pesar de que el

señor Claudio Pellaton Moreno, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio de 2023, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

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

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos

Claudio Pellaton Moreno

Identificación

86042256

Edad

49

Dirección

Calle 134b # 106 41 Apto 501

Teléfono

3187356406

Ciudad

Bogotá

Fecha de nacimiento

14-10-1973

Genero

X

Ocupación/Profesión

Pensionado

Información Adicional

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

Sanidad Militar

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario?

Si ☒ No ☐ ¿Cuál?

colmedica

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura

1.78

cms

Peso

90

Kg

Si

No

¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?

X

¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?

X

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

X

¿Sufre alguna incapacidad física o mental?

X

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

X

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

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

Declaración de veracidad:

• Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

• Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable.

• Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio, Artículo 1058 del Código de Comercio.

Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles:

• Autorizo la recolección y tratamiento de datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y nuestra política de tratamiento, igualmente manifiesto que he sido informado de forma clara y precisa sobre los fines de su tratamiento.

• Declaro que conozco que es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, de conformidad con la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Consulte la política de tratamiento de datos de BBVA SEGUROS DE VIDA en [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co).

Autorización de Información:

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

Declaración de fuente de recursos:

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

Autorización para Solicitud de Historia Clínica:

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

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

Firma del Solicitante



El Clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

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

Para constancia se firma en

Bogotá

a los

06

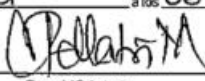
días del mes de

Julio

de

2023

Firma del Solicitante



Firma Autorizada



BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00

Línea de Atención y Servicio al Cliente. Línea Nacional 018000634020 y en Bogotá 307 80 80

Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique Osajud Fernández. Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: [defensoria.bbva.colombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbva.colombia@bbva.com.co)

Sumos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

**“Documento: Declaración de asegurabilidad del 06 de julio de 2023.”**

De lo anterior, es claro cómo no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Claudio Pellaton Moreno respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el asegurado ha padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Así pues, resulta indispensable realizar un recuento y análisis integral del historial médico del asegurado, el cual, en este caso, se evidencian antecedentes significativos. En efecto, dentro del

CEFZ

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

GHA

ABOGADOS & ASOCIADOS

Página 21 | 41

mismo dictamen de Junta Médica Laboral No. 216963, se deja constancia de la existencia de tres antecedentes importantes, estos son **i)** la Junta Médica No. 102636 de fecha 07 de julio de 2018, en la que ya se le reconoció al señor Claudio Pellaton Moreno una Disminución de la Capacidad Laboral (DCL) del 11%, **ii)** la Junta Médica No. 123.270 de fecha 01 de 2022 de marzo y que pone de presente una Disminución de la Capacidad Laboral (DCL) del 24.2% y **iii)** La junta 216963 a través de la cual el 13 de marzo de 2023 el asegurado fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 21.59, para un total acumulado superior al 50%. Lo que acredita que el asegurado padecía condiciones de salud limitantes de vieja data, las cuales eran totalmente conocidas por este y que en todo caso fueron diagnosticadas de manera previa a la contratación de la póliza

### III. ANTECEDENTES:

A. Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

- Se le practicó Junta Médica Laboral

SI   X   NO       

**JUNTA MEDICA No. 102636 DE FECHA 7 DE JULIO DE 2018 CON DCL ( 11% )**

**JUNTA MEDICA No. 123270 DE FECHA 1 DE MARZO DE 2022 CON DCL ( 24.2% )**

**Documento:** Acta de Junta Médica Laboral No. 216963 del 13 de marzo de 2023 emitida por las Fuerzas Militares de Colombia, Ejercito Nacional Dirección de Sanidad

### C- Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL VEINTIUNO PUNTO CINCUENTA Y NUEVE POR CIENTO (21.59%) DEL (64.8%) RESTANTE YA QUE TIENE JML ANTERIOR No. 102636 DE FECHA 7 DE JULIO DE 2018 CON DCL ( 11% ) JUNTA MEDICA No. 123270 DE FECHA 1 DE MARZO DE 2022 CON DCL ( 24.2% ) Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (56.79%).

**Documento:** Acta de Junta Médica Laboral No. 216963 del 13 de marzo de 2023 emitida por las Fuerzas Militares de Colombia, Ejercito Nacional Dirección de Sanidad

No debe pasar por alto la Honorable Delegatura los antecedentes de salud del asegurado, quien pese a contar con dos juntas médicas del año 2018 y 2022, las cuales ya habían establecido un porcentaje de perdida de capacidad laboral y que significa entonces que ya contaba con padecimientos de salud, no fueron enunciados en su declaración de asegurabilidad y muchos menos alguno de sus diagnósticos. Aun así, si llegara a omitirse tal premisa, fue entonces a partir del acta de junta médica laboral del 13 de marzo de 2023 en donde el asegurado fue calificado con un 56.79%, la cual tampoco fue puesta en conocimiento de la compañía aseguradora, pese a que dicha calificación se dio 4 meses antes del diligenciamiento de su declaración de asegurabilidad.

En tal sentido se solicita a la Delegatura que haga una revisión minuciosa a la solicitud del seguro, esto es la declaración de asegurabilidad diligenciada por el señor Pellaton Moreno el 06 de julio de

2023, en donde resalta el siguiente interrogante: *¿Sufre alguna incapacidad física o mental?* ... Es decir, pese que se le indagó expresamente sobre su incapacidad física, teniendo conocimiento el asegurado acerca de la junta médica laboral del 13 de marzo de 2023 en donde fue calificado con una pérdida de capacidad laboral acumulada del 56.79%, negó totalmente la misma.

En resumen, el señor CLAUDIO PELLATON MORENO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que los antecedentes que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los padecimientos y condiciones preexistentes de salud con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo. En este sentido, basta con examinar el dictamen 216936 emitido por la Dirección de Sanidad del Ejército para concluir que el ocultamiento de sus incapacidades previas superiores al 50% de invalidez cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del Señor Pellaton debe declararse nulo, debido a que omitió todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del contrato, tales como las actas de junta medica laboral de los años 2018 y 2022.

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

#### **4. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.**

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. 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 estos 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 estas últimas están asegurando, máxime cuando

son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

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

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida**. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico<sup>11</sup>. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales<sup>12</sup>. 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 conocer<sup>13</sup>. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud**, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone*

<sup>11</sup> 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”.

<sup>12</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

<sup>13</sup> 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.

*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.”<sup>14</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Es decir, en los pronunciamientos más importantes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, en donde estableció lo siguiente:

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

*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)

<sup>14</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”<sup>15</sup>(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 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*

<sup>15</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editordrs Ltda., 2010. P, 164.

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

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

*“Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto uberrima bona fidei”*

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

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

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

Resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la

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

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

**“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro<sup>16</sup>. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.**

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

***“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato***

<sup>16</sup> 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.

*a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».”*

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

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad de los contratos 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.

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

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

***“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>.***

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

En conclusión, dado que el señor CLAUDIO PELLATON MORENO fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo. Por tal motivo, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

## 7. PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir esta Superintendencia cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor Financiero. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores financieros tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para interponer la referida acción so pena que opere el fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

*“ARTÍCULO 58. PROCEDIMIENTO. Los procesos que versen sobre violación a los derechos de los consumidores establecidos en normas generales o especiales en todos los sectores de la economía, a excepción de la responsabilidad por producto defectuoso y de las acciones de grupo o las populares, se tramitarán por el procedimiento verbal sumario, con observancia de las siguientes reglas especiales:*

*(...)*

*Las demandas para efectividad de garantía, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a la expiración de la garantía y **las controversias netamente contractuales, a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato**. En los demás casos, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a que el consumidor tenga conocimiento de los hechos que motivaron la reclamación. En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía.”*

*(Subrayado fuera del texto original)*

En el caso concreto, en el evento en el que el Despacho encuentre probado que la Acción de Protección al consumidor financiero se interpuso con posterioridad al año siguiente a la terminación de los contratos, indefectiblemente deberá darle aplicación al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, decretando así la prescripción y/o caducidad de la acción, y en este sentido, deberá desestimar la totalidad de las pretensiones de la Accionante.

## 8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del CGP 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.

## 9. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

### 1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Póliza Seguro Vida Deudor.
- 1.2. Condicionado aplicable a la Póliza Seguro Vida Deudor.
- 1.3. Detalle de movimientos Póliza Seguro Vida Deudor.
- 1.4. Certificado de la Póliza Seguro Vida Deudor.
- 1.5. Escrito de Objeción emitido por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. del 11 de abril de 2025.
- 1.6. Constancia de envío de los derechos de petición con destino a la Dirección de Sanidad Militar - Fuerzas militares de Colombia - Ejército Nacional, el Ministerio de Defensa Nacional de Colombia y el Hospital Militar Central.

### 2. INTERROGATORIO DE PARTE

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

### 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 Vida Grupo Deudores.

#### 4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

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 la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser ubicado en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico [defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co)

- 4.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado

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 la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico [defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co)

#### 5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual

se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE CLAUDIO PELLATON MORENO** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa del señor **CLAUDIO PELLATON MORENO** desde el año 2015 al 2025.
- Copia de los siguientes Dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral que le fueron realizados:
  - Junta Médica No. 102636 del 07 de julio de 2018.
  - Junta Médica No. 123270 del 01 de marzo de 2022.
- Copia de la constancia de radicación de la solicitud presentada a la Junta medica laboral de la dirección de las fuerzas militares de Colombia, Ejército Nacional, Dirección de Sanidad.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que **CLAUDIO PELLATON MORENO** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Seguro Vida Deudor, así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente. El accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su libelo de demanda.

- 5.2.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **Dirección de Sanidad Militar - Fuerzas militares**

de Colombia - Ejército Nacional, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **CLAUDIO PELLATON MORENO** identificado con cédula de ciudadanía No. 86.042.256 correspondiente al periodo que va desde el año 2015 al 2025.
- Copia de los siguientes Dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral que le fueron realizados:
  - Junta Médica Laboral No. 102636 del 07 de julio de 2018.
  - Junta Médica Laboral No. 123270 del 01 de marzo de 2022.

La Historia Clínica y los dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral solicitados, se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud y es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Pellaton.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **CLAUDIO PELLATON MORENO** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

La **Dirección de Sanidad Militar** puede ser notificada en la Carrera 7 No. 52-48 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos [disanateus@buzonejercito.mil.co](mailto:disanateus@buzonejercito.mil.co) y [disan.juridica@buzonejercito.mil.co](mailto:disan.juridica@buzonejercito.mil.co)

**5.3.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia de los siguientes Dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral que le fueron realizados:
  - Junta Médica Laboral No. 102636 del 07 de julio de 2018.
  - Junta Médica Laboral No. 123270 del 01 de marzo de 2022.

La documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que este Ministerio es el encargado de formular y ejecutar la política de defensa y seguridad del país, por lo que las Fuerzas Militares de Colombia están adscritas al mismo, con lo que están bajo su autoridad y direccionamiento, en tal sentido cuentan con la custodia de la información médica del señor Pellaton. Lo que incluye conocer si tiene o ha tenido juntas médicas previas.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **CLAUDIO PELLATON MORENO** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

El **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia** puede ser notificado en la carrera 54 No. 26-25 CAN, de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos [atencionalciudadano@cgfm.mil.co](mailto:atencionalciudadano@cgfm.mil.co) y [procesosordinarios@mindefensa.gov.co](mailto:procesosordinarios@mindefensa.gov.co)

**5.4.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Hospital Militar Central**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **CLAUDIO PELLATON MORENO** identificado con cédula de ciudadanía No. 86.042.256 correspondiente al periodo que va desde el año 2015 al 2025.

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 Pellaton.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **CLAUDIO PELLATON MORENO** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

El **Hospital Militar Central** puede ser notificado en la Transversal 3C No. 49-02 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos [atencionalusuario@homil.gov.co](mailto:atencionalusuario@homil.gov.co) y [judicialeshmc@homil.gov.co](mailto:judicialeshmc@homil.gov.co)

## 6. OFICIOS

6.1. Comendidamente ruego se oficie a la **Dirección de Sanidad Militar - Fuerzas militares de Colombia - Ejército Nacional**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **CLAUDIO PELLATON MORENO** identificado con cédula de ciudadanía No. 86.042.256 correspondiente al periodo que va desde el año 2015 al 2025.
- Copia de los siguientes Dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral que le fueron realizados:
  - Junta Medica Laboral No. 102636 del 07 de julio de 2018.
  - Junta Médica Laboral No. 123270 del 01 de marzo de 2022.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **CLAUDIO PELLATON MORENO** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

**La Dirección de Sanidad Militar** puede ser notificada en la Carrera 7 No. 52-48 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos [disanateus@buzonejercito.mil.co](mailto:disanateus@buzonejercito.mil.co) y [disan.juridica@buzonejercito.mil.co](mailto:disan.juridica@buzonejercito.mil.co)

6.2. Comendidamente ruego se oficie al **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia de los siguientes Dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral que le fueron realizados:

- Junta Medica Laboral No. 102636 del 07 de julio de 2018.
- Junta Médica Laboral No. 123270 del 01 de marzo de 2022.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **CLAUDIO PELLATON MORENO** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

El **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia** puede ser notificado en la carrera 54 No. 26-25 CAN, de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos [atencionalciudadano@cgfm.mil.co](mailto:atencionalciudadano@cgfm.mil.co) y [procesosordinarios@mindefensa.gov.co](mailto:procesosordinarios@mindefensa.gov.co)

**6.3.** Comedidamente ruego se oficie al **Hospital Militar Central**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **CLAUDIO PELLATON MORENO** identificado con cédula de ciudadanía No. 86.042.256 correspondiente al periodo que va desde el año 2015 al 2025.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **CLAUDIO PELLATON MORENO** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

El **Hospital Militar Central** puede ser notificado en la Transversal 3C No. 49-02 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos [atencionalusuario@homil.gov.co](mailto:atencionalusuario@homil.gov.co) y

[judicialeshmc@homil.gov.co](mailto:judicialeshmc@homil.gov.co)

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: (i) Cual era el estado de salud del asegurado antes del mes de julio de 2023, para lo cual se analizará su historia clínica completa y los tres (3) dictámenes de pérdida de capacidad laboral que le fueron realizados, (ii) que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de **CLAUDIO PELLATON MORENO** se hubiera retraído de otorgar un amparo. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía, más aún, cuando se está ante un hecho cierto no asegurable. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades y antecedentes no informados para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

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*”. Comendidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas la Dirección de Sanidad Militar, el Ministerio de Defensa Nacional de Colombia y el Hospital Militar Central, aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado y los dictámenes previos que fueron requeridos, estos son el Acta de Junta Medica No. 102636 del 07 de julio de 2018 y el Acta de Junta Médica No. 123270 del 01 de marzo de 2022. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa y las dos (2) actas de Junta Médica Laboral han tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin

reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud mencionada pues 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.

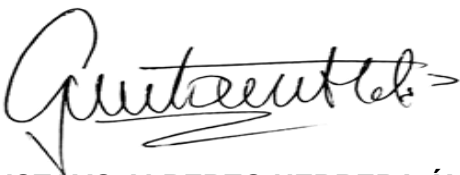
## 8. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

## 9. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 en la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá, correo electrónico: [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)
- El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

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