

Señores

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

**E. S. D.**

<b>REFERENCIA</b>	Acción de protección al consumidor financiero // Declarativo verbal de mayor cuantía
<b>RADICADO</b>	2025072468-028-000
<b>EXPEDIENTE</b>	2025-8914
<b>DEMANDANTE</b>	JUAN MANUEL ARANGO AGUIRRE (C.C. No. 98.773.026)  PABLO ANDRÉS ARANGO AGUIRRE (C.C. No. 8.104.653)  LILIANA AGUIRRE OCAMPO (C.C. No. 32.502.824)
<b>DEMANDADO</b>	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. (NIT No. 800.240.882-0)  BANCO BBVA COLOMBIA S.A. (NIT No. 860.003.020-1)
<b>ASUNTO</b>	Descorre excepciones de mérito

**LUIS MIGUEL GARCIA CORREA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.039.468.049, abogado título y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 381.793 del C. S. de la J actuando en calidad de apoderados de los señores **JUAN MANUEL ARANGO AGUIRRE; PABLO ANDRÉS ARANGO AGUIRRE;** y **LILIANA AGUIRRE OCAMPO**, quienes actúan en calidad de demandantes dentro del asunto judicial de la referencia; a través del presente escrito de manera respetuosa me permito descorrer el traslado de las excepciones de mérito propuestas dentro del escrito de contestación a la



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



demanda propuestas por las sociedades **BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A** y **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, al tenor de lo siguiente:

## **01- OPORTUNIDAD PROCESAL**

Se tiene que mediante traslado por secretaria del 22 de julio de 2025, el despacho ordenó correr traslado por el término de cinco (05) días hábiles de las excepciones de mérito formuladas por la parte demandada a favor de los demandantes, tal y como se observa a continuación:

### **TRASLADO**

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-.

Número de Radicación : 2025072468-028-000  
Trámite : FUNCIONES JURISDICCIONALES  
Actividad : 578-TRASLADO DE EXCEPCIONES PR VERBAL  
Expediente : 2025-8914  
Demandante : JUAN MANUEL ARANGO AGUIRRE, LILIANA AGUIRRE OCAMPO  
, PABLO ANDRES ARANGO AGUIRRE  
Demandados : BBVA COLOMBIA, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
Anexos :

De las excepciones formuladas por la parte demandada, en la fecha se da traslado mediante fijación en lista, por el término de cinco (5) días (CGP, art. 370).

**De existir** excepciones previas, de las mismas también se corre traslado en la fecha, por el tiempo de tres (3) días (art. 101, *ib.*).

Cordialmente,



**MARCELA SUAREZ TORRES**  
Secretario Delegatura para Funciones Jurisdiccionales

Copia a:

Elaboró:  
MICHELLE JULIET CASTRO RODRIGUEZ  
Revisó y aprobó:  
MARCELA SUAREZ TORRES

Así, procedo a descorrer el traslado a las excepciones de mérito encontrándome dentro de la oportunidad legal oportuna, conforme al siguiente computo de términos procesales:

**FECHA DE NOTIFICACIÓN DEL TRASLADO:** 22 de julio de 2025

**TÉRMINO DE TRASLADO:** 23, 24, 25 28 y 29 de julio de 2025.



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



## **02-DESCORRE EXCEPCIONES DE MÉRITO**

Señor Juez, me permito pronunciarme sobre las excepciones de mérito propuestas por las partes demandadas, advirtiendo de manera preliminar que, en aras de la economía procesal y la celeridad, el presente escrito aborda de manera conjunta las excepciones formuladas tanto por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. como por BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

### **02.1. Frente a las excepciones de mérito propuesta por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

#### **02.1.1. Frente a la excepción: “NULIDAD DEL SEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.”**

En resumen, señala BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. (de ahora en adelante BBVA SEGUROS), que el señor JAIRO HELI ARANGO QUINCHIA, fue reticente, ya que, al momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar de manera sincera el estado del riesgo. Sostiene de manera reiterada que *“teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Co, como resultado de la reticencia con la que el señor JAIRO HELI ARANGO QUINCHIA suscribió su declaración de asegurabilidad”* (...) *“En resumen, el señor JAIRO HELI ARANGO QUINCHIA (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado (Q.E.P.D) negó en el momento de perfeccionar sus seguros son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en ellos.”*

Respecto a lo anterior, no se discute las patologías médicas que padecía el señor ARANGO QUINCHIA conforme a la prueba documental allegada, de manera precisa, la copia de las historias clínicas adosadas. No obstante, es necesario indicar que conforme a lo decantado por



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



la jurisprudencia a la fecha, la nulidad por reticencia no sólo depende de la inexactitud de la información sobre el estado de salud al momento de contratarse la póliza, sino además de que el declarante haya obrado de mala fe, siempre y cuando el asegurador no conociera, ni pudiera conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.

Frente a lo anterior, la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC167-2023, se sistematizaron las reglas desarrolladas por la jurisprudencia de la Corte acerca del instituto de la reticencia en el contrato de seguros, las cuales, por su claridad y contundencia nuevamente se transcribirán en su totalidad:

*“4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil<sup>17</sup>; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución<sup>18</sup>; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado<sup>19</sup>; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) **la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora**; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento<sup>20</sup>; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó<sup>21</sup>; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpa del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre*



• dcimanotificaciones@gmail.com



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



*ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente .*

*4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) **no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.***

***4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.***

*4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar.”*

En consecuencia, la precisión que debe efectuarse desde la doctrina y la jurisprudencia es que no toda omisión o inexactitud del tomador o asegurado respecto de su estado de salud configura una reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Solo se configura dicha figura cuando se demuestra que la omisión fue realizada con mala fe, es decir, cuando el asegurado, con pleno conocimiento de una condición médica y ante una pregunta



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



expresa del asegurador, decide ocultarla, o cuando, conociendo la dolencia, el asegurador acredita que dicha circunstancia era objetivamente trascendente para la valoración del riesgo asegurado.

Ahora bien, en el caso particular, tal como se pretende demostrar con los medios probatorios solicitados en esta actuación, resulta evidente que el señor JAIRO HELI ARANGO QUINCHIA no actuó de mala fe ni incurrió deliberadamente en la omisión de declarar sus condiciones médicas. Por el contrario, según lo manifiestan de manera consistente y clara mis poderdantes, el formulario de asegurabilidad no fue diligenciado por él, sino por un tercero — presumiblemente un funcionario del BANCO BBVA COLOMBIA S.A.— quien, aprovechando la relación de poder y la premura propia de la formalización del crédito, habría llenado el documento sin leerlo en voz alta, ni explicarlo al asegurado, limitándose a requerir su firma.

**BBVA Seguros** SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL  
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito Año / Mes / Día	Oficina	Ciudad	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A. C.C. o NIT: 860.003.020-1		Vigencia desde Año / Mes / Día	Vigencia hasta Fin del crédito a las 24 horas
<b>Datos del Asegurado</b>			
Nombres y Apellidos: <b>Jairo Heli Arango Quinchia</b>		Identificación: <b>30065395</b>	Español: <b>68</b>
Dirección: <b>Calle 15 # 35 81</b>		Teléfono: <b>302.266.2009</b>	Ciudad: <b>Medellin</b>
Fecha de nacimiento: <b>1953 / 03 / 17</b>	Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ocupación/Profesión: <b>Pensionado</b>	
<b>Beneficiarios del Seguro (Aplique únicamente para créditos de vehículo)</b>			
Nombres Completos e Identificación		Parentesco	% Participación
<b>Información Adicional</b>			
Nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado: <b>Sisa</b>			
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro			
Todas las preguntas deben ser contestadas como por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas			
<b>Declaración de Asegurabilidad (Datos Sanitarios)</b>			
Estatura: <b>1.65</b> cms	Peso: <b>67</b> Kg	Sí	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonia, discopatía?			
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			



• dcimanotificaciones@gmail.com



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



\* 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.

**No firme esta solicitud sin leer este texto**

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

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre monitores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1766 de 2008 y 1581 de 2012.

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, enmienda a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o falsificación de los mismos, sean realizadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima o de los beneficiados o aneas que se exijan 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".

En desarrollo del 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 episcrisis o lesiones clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El cliente/afiliado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información referente al producto de forma clara y completa, que diligencie personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, independientemente de si fui inducido a ello. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de existir alguna inconsistencia en dicha información. Solicito el seguro de vida de tipo **Individual Seguro**.

Para constancia se firma en **Medellín** a los **19** días del mes de **Octubre** de **2021**.

Firma del Solicitante

Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 809 240 882 - 0  
Calle 21 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 1100

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Tasa	%	Extra Prima	%	Anexo ITP	SI	No
Prima Mensual						

Periodicidad

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236201589624389706

Jubilación

Tanta el acápite de la “Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)”, como el resto del formulario, **NO** fue diligenciado directamente por el causante. Manifiesta los accionantes que la caligrafía y/o letra es una tercera persona, posiblemente la del asesor(a) del Banco BBVA Colombia que acompañó el trámite de solicitud de crédito comercial. Esta actuación, enmarcada dentro de un proceso de comercialización masiva y estandarizada del producto financiero con seguro asociado, implica que el señor JAIRO HELI ARANGO QUINCHIA fue inducido, posiblemente sin plena conciencia de los alcances del formulario, a suscribir un documento que no fue elaborado por su propia mano ni con su entendimiento real. Tal circunstancia, lejos de evidenciar mala fe del tomador, demuestra una vulneración a su derecho a prestar un consentimiento informado, con participación directa y consciente.

En este sentido, se solicitará al despacho la **práctica de un dictamen pericial grafológico**, a través del cual se determinará si el formulario de asegurabilidad fue diligenciado por el propio asegurado o por un tercero. Para tal efecto, de manera respetuosa, se solicita:

1. Que se conceda un término prudencial para allegar el referido dictamen técnico;



• dcimanotificaciones@gmail.com



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



2. Que se requiera a las demandadas para que aporten el **documento original del formulario de asegurabilidad**, a fin de que pueda ser objeto de análisis grafológico por perito calificado.

Dicha prueba resulta determinante para acreditar la ausencia de dolo o culpa grave por parte del asegurado, y desmontar la presunción de sinceridad que erradamente intenta revertir la aseguradora, sin haber cumplido con su propia carga probatoria conforme lo exige la jurisprudencia vigente, particularmente en la sentencia SC167-2023.

Finalmente, debe resaltarse que, conforme al **artículo 5 del Estatuto del Consumidor Financiero (Ley 1328 de 2009)**, tanto la aseguradora como las entidades que intervienen en la comercialización y promoción de productos financieros —incluyendo la fuerza comercial del BANCO BBVA COLOMBIA S.A.— están obligadas a garantizar el pleno ejercicio de los derechos del consumidor financiero. Dentro de estos derechos se encuentran el de recibir información **clara, veraz, suficiente, oportuna, precisa y comprensible** sobre los productos ofrecidos, así como el de **recibir asesoría adecuada antes de su contratación**, para que pueda adoptar decisiones libres e informadas.

En igual sentido, la Corte Constitucional en Sentencia T-344 de 2024 señaló:

*“(…)En ese contexto, cuando se alega la vulneración de garantías constitucionales “por abuso de [la] posición dominante ante [la] negativa de pagar pólizas de seguro en casos de invalidez y muerte alegando reticencia”<sup>[72]</sup>, se ha considerado que el juez debe determinar si, en tales casos, la conducta de la aseguradora resulta injustificada, al no acreditarse el cumplimiento de los deberes previstos en la Ley 1328 de 2009<sup>[73]</sup>, consistentes en garantizar una debida diligencia (i) en el ofrecimiento de productos financieros o en la prestación de servicios a los consumidores<sup>[74]</sup>; y (ii) en brindar información cierta, suficiente, clara y oportuna, respecto al objeto y condiciones de la contratación, que se ha considerado un deber de transparencia<sup>[75]</sup>.*

*(ii) El deber de transparencia: brindar información cierta, suficiente, clara y oportuna. Las entidades financieras y aseguradoras “deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores*



• dcimanotificaciones@gmail.com



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguros”.

Como consecuencia de este deber, deben suministrar al usuario información (i) cierta, es decir, que responda efectivamente a la realidad jurídica y fáctica del vínculo contractual; (ii) **suficiente, esto es, que sea completa de modo que el consumidor financiero pueda tener una idea integral y detallada de la posición en que se encuentra y de sus posibilidades de actuación**; (iii) clara, lo que “se refiere a la transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza”<sup>[80]</sup> de forma que sea plenamente comprensible, aun cuando la naturaleza técnica dificulte su explicación<sup>[81]</sup>; y (iv) oportuna, esto es, entregada en el momento en que resulte relevante, y no después, para que el consumidor financiero pueda tomar decisiones con base en ella<sup>[82]</sup>, de lo cual se deberá dejar expresa constancia.

El suministro de información en tales condiciones —esto es, con el cumplimiento de los deberes de debida diligencia y transparencia— **“busca equilibrar la situación de indefensión en la que se encuentran los consumidores financieros frente a las entidades financieras y aseguradoras [...], permitiéndoles tomar mejores decisiones, [...] propendiendo porque conozcan tanto sus derechos como las obligaciones adquiridas”**<sup>[83]</sup>. De este modo, “se restringe el ejercicio de la posición dominante con base en la cual esas entidades suelen imponer obligaciones a sus clientes y se garantiza el interés público que caracteriza a las actividades que desarrollan (...)”.

En el presente caso, dicha obligación fue flagrantemente desconocida. El formulario fue diligenciado sin explicar al asegurado su contenido ni las consecuencias jurídicas derivadas de sus respuestas. Se trató, en los hechos, de una operación estandarizada, masiva y carente de acompañamiento individualizado, en la que el asegurado no recibió orientación real, ni tuvo oportunidad de conocer con claridad los efectos de su supuesta declaración.

Así lo ha reiterado la Superintendencia Financiera de Colombia, que en múltiples pronunciamientos ha señalado que las entidades financieras deben ejercer un rol activo en la protección del consumidor, evitando prácticas que limiten su capacidad de comprensión o



• dcimanotificaciones@gmail.com



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



distorsionen el consentimiento. En igual sentido, la Corte Constitucional, en sentencia T-267 de 2019, ha sostenido que:

*“En los eventos en que una entidad bancaria intermedia o comercializa seguros como parte de la estructuración de un producto financiero, le corresponde garantizar que el consumidor comprenda el alcance de lo contratado, la cobertura efectiva del seguro, las exclusiones, y los deberes que le asisten al momento de contratar.”*

La ausencia de información clara y asesoría adecuada no solo compromete la validez del consentimiento otorgado, sino que también representa un incumplimiento grave de los deberes legales y constitucionales que rigen la actividad aseguradora y bancaria en su relación con los consumidores. Por tanto, no puede trasladarse al asegurado —ni a sus herederos— las consecuencias de un procedimiento contractual deficiente, impulsado por la urgencia comercial del banco y la falta de rigor técnico del asegurador.

### **02.1.2. Frente a la excepción: “INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL”**

Ahora bien, en cuanto a la afirmación de la demandada según la cual no existe obligación legal para las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos previos al perfeccionamiento del contrato, debe reconocerse que, si bien ello es cierto en abstracto, esa afirmación no puede interpretarse como una habilitación general para omitir toda verificación del estado del riesgo, especialmente cuando el asegurador tiene elementos objetivos que le permitan inferir que el riesgo puede estar agravado o que la declaración del tomador podría no reflejar fielmente la realidad.

En efecto, la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia **SC167-2023**, señaló expresamente que:

*“La compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; [...] no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad*



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



*del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cuál es el verdadero estado del riesgo.”*

En ese sentido, si bien no existe una obligación general de practicar exámenes médicos a todos los asegurados, sí recae sobre la aseguradora un deber de diligencia técnica y profesional cuando concurren circunstancias objetivas que despierten sospechas sobre la veracidad, suficiencia o coherencia de la información declarada por el tomador. Tal es el caso, por ejemplo, cuando se trata de personas de edad avanzada —como ocurre en el presente proceso— o cuando el monto asegurado es significativo en relación con el perfil de riesgo.

o anterior encuentra respaldo también en el principio de equilibrio contractual y deber de profesionalidad, conforme lo exige el artículo 2 de la Ley 1328 de 2009, y en los pronunciamientos de la Superintendencia Financiera de Colombia, que ha reiterado que la aseguradora, como parte experta en la relación contractual, debe adoptar medidas razonables de verificación cuando el contexto lo exige.

Por consiguiente, la inactividad absoluta del asegurador frente a posibles alertas o indicios de riesgo constituye una conducta negligente, y como ha establecido la Corte Suprema en múltiples precedentes, cuando el asegurador ha tenido la oportunidad de conocer o verificar el estado del riesgo, pero omite hacerlo, no puede luego alegar válidamente la existencia de una reticencia para fundar la nulidad del contrato (Cfr. SC4883-2021; SC167-2023).

En el presente caso, **tratándose de una persona de 69 años**, con un monto asegurado considerable, el deber mínimo de diligencia exigía que la aseguradora realizara algún tipo de verificación —así fuera básica— del estado de salud, lo que no ocurrió. En lugar de ello, se conformó con una declaración estandarizada, probablemente diligenciada por un tercero, sin ejercer ningún control o validación objetiva. Por tanto, la aseguradora no puede alegar una reticencia que perfectamente habría podido —y debido— detectar si hubiese actuado con el cuidado exigible a su condición de profesional del ramo.



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



Adicionalmente, la doctrina especializada en seguros ha señalado que el análisis del riesgo debe estar necesariamente vinculado con las condiciones promedio del asegurado, particularmente cuando se trata de personas de edad avanzada. **En el presente caso, resulta llamativo —y contrario a la debida diligencia profesional— que tratándose de una persona de 69 años, la aseguradora no haya requerido ningún examen médico, evaluación clínica o prueba documental sobre su estado de salud, ni siquiera de carácter básico.**

En efecto, de conformidad con el **Estudio SABE Colombia** (Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento), liderado por el **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en conjunto con la OPS/OMS**, se encontró que:

*“El 84% de los hombres mayores de 65 años reportaron al menos una enfermedad crónica diagnosticada, siendo las más frecuentes: hipertensión arterial (56%), diabetes mellitus tipo II (18%), hiperplasia prostática benigna (32%) y enfermedades respiratorias crónicas (15%). Además, el 52% presentaba dos o más condiciones simultáneas (comorbilidad).” (Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Panamericana de la Salud, Encuesta SABE Colombia 2015, Resultados nacionales, Bogotá, 2016, pp. 85-110).*

Esta información epidemiológica de carácter público y técnico, ampliamente aceptada en el campo de la salud pública y el derecho de seguros, pone de presente que es estadísticamente improbable que un hombre de 69 años no presentara al menos alguna condición crónica al momento de contratar un seguro de vida grupo deudores, lo que hacía razonable y previsible que la aseguradora desplegara protocolos de verificación del riesgo.

En consecuencia, la omisión absoluta de tales mecanismos de control, particularmente en un escenario en el que se vinculó un seguro a un crédito de cuantía importante, **no puede interpretarse como cumplimiento del deber profesional del asegurador, sino como una falla grave en su obligación de evaluar correctamente el riesgo asumido.**

Tal como lo afirmó la **Corte Suprema de Justicia en sentencia SC167-2023**, el asegurador:



• dcimanotificaciones@gmail.com



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



*“No puede limitarse a recibir pasivamente la declaración del tomador cuando existen circunstancias objetivas que le exigen desplegar mayor diligencia en la verificación del riesgo, so pena de que opere en su contra la presunción de conocimiento.”*

Por tanto, ante la edad del asegurado, el tipo de producto contratado, y las condiciones prevalentes de salud en la población colombiana, **la aseguradora tenía suficientes elementos para presumir un mayor nivel de riesgo y, en consecuencia, activar mecanismos mínimos de validación. Su inactividad —no atribuible al asegurado— desvirtúa por completo la posibilidad de alegar posteriormente reticencia como causal de nulidad.**

### **02.1.3. Frente a la excepción: “LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.”**

Respecto de la afirmación de la parte demandada en el sentido de que no es necesario probar la mala fe del asegurado para que proceda la nulidad por reticencia, es preciso indicar que dicha postura no se ciñe a la línea jurisprudencial vigente y reiterada por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, sino que corresponde a una tesis superada por los más recientes desarrollos jurisprudenciales.

En efecto, la apoderada judicial de BBVA SEGUROS invoca apartados de providencias aisladas, que no reflejan el **criterio uniforme y actualizado** de la Corte Suprema, el cual ha sido consolidado especialmente a partir de las sentencias **SC4883-2021** y **SC167-2023**, donde se sistematizan las subreglas aplicables al artículo 1058 del Código de Comercio, y se establece de manera categórica que:

*“La manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador, y además, que haya sido realizada con dolo o culpa grave, lo cual implica la mala fe del*



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



*asegurado.” (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia SC167-2023, Rad. No. 11001-31-03-045-2018-00307-01, M.P. Luis Armando Tolosa Urriago).*

En igual sentido, la Corte Constitucional en Sentencia T-027-2019 del 30 de enero de 2019, manifestó:

*“(…) La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores: I) la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable. II) deber de aplicar la interpretación pro consumatore, III) desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. IV) deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: **a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado) (...)**”*

Más aún, la misma sentencia, al sistematizar las subreglas jurisprudenciales vigentes sobre el artículo 1058 del C.Co., dejó claro que la mala fe o culpa grave del asegurado son elementos constitutivos esenciales de la nulidad relativa, especialmente cuando no ha mediado cuestionario o cuando el formulario fue diligenciado de forma irregular, como ocurre en este caso. En ese mismo fallo, la Corte también advierte que:

*“No toda omisión o inexactitud del tomador o asegurado sobre su estado de salud es reticencia, sino aquella que sea realizada con mala fe, esto es, cuando a sabiendas de una condición padecida y expresamente inquirida por la compañía de seguros se omite declararla, o cuando el tomador conoce de la dolencia y el asegurador demuestra que esta es trascendente para el riesgo específico salvaguardado.”*

Por consiguiente, lo sostenido por la demandada —en el sentido de que basta con acreditar una omisión relevante, sin necesidad de probar la mala fe— resulta incompatible con el entendimiento actual y armónico del régimen de nulidad por reticencia, como lo ha construido la jurisprudencia reciente de la Corte.



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



Así mismo, debe recordarse que, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 1058 del Código de Comercio, no habrá lugar a la nulidad si el asegurador conocía o debía conocer los hechos omitidos o si se abstuvo de verificar el estado del riesgo, lo cual, en los hechos, traslada una importante carga de diligencia al asegurador, en su calidad de profesional del ramo.

En conclusión, **sí es un requisito esencial para que proceda la nulidad por reticencia que la aseguradora acredite la mala fe del tomador**, lo cual no se ha demostrado en este caso. La tesis sostenida por BBVA SEGUROS se basa en fragmentos jurisprudenciales descontextualizados y no vinculantes frente al precedente actual y reiterado de la Sala de Casación Civil, por lo que debe rechazarse por improcedente la excepción propuesta.

#### **02.1.4. Frente a la excepción: “BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO”**

Respecto de la excepción propuesta por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la cual sostiene que, de conformidad con el artículo 1059 del Código de Comercio, tendría derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena como consecuencia de la supuesta nulidad del contrato por reticencia, es preciso indicar que dicha disposición únicamente resulta aplicable cuando efectivamente se ha declarado judicialmente la nulidad del contrato por reticencia conforme a los presupuestos exigidos por el artículo 1058 ibídem, lo cual no ha ocurrido en este caso ni se encuentra probado en el proceso.

El artículo 1059 señala:

*“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.”*

Esta norma condiciona expresamente la facultad del asegurador de retener la prima a la existencia de una resolución judicial o rescisión fundada en la configuración probada de una



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



reticencia relevante y dolosa o culposa grave, conforme a los estrictos requisitos del artículo 1058 del Código de Comercio.

En tal sentido, como ha sido ampliamente argumentado en el presente escrito, la aseguradora no logró probar la existencia de reticencia en los términos exigidos por la jurisprudencia vigente, y en especial, no acreditó la mala fe del asegurado, ni la trascendencia objetiva de la información omitida, ni mucho menos la existencia de una declaración de asegurabilidad válida, libremente diligenciada y leída por el tomador.

Por el contrario, en el presente caso se ha demostrado la existencia de un procedimiento viciado, en el que el formulario fue diligenciado por un tercero —probablemente un asesor del banco— sin lectura ni explicación previa, desconociendo así los principios rectores del consentimiento y del deber de información consagrados tanto en el Estatuto del Consumidor Financiero (Ley 1328 de 2009) como en la Ley 1480 de 2011.

Asimismo, cabe recordar que la jurisprudencia ha limitado el alcance del artículo 1059 en situaciones en que el propio asegurador ha actuado con falta de diligencia, o ha omitido sus deberes de evaluación del riesgo, como lo señala la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, en sentencia SC167-2023, al afirmar que:

“Las sanciones, entre ellas la nulidad relativa o la retención de la prima, no se impondrán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración”.

En conclusión, la excepción que plantea la aseguradora carece de fundamento jurídico y probatorio, en tanto no se ha configurado válidamente la causal de nulidad por reticencia, y en consecuencia, no se actualiza la hipótesis prevista en el artículo 1059 del Código de Comercio. Pretender aplicar dicha norma sin que se haya declarado judicialmente la nulidad, ni probado los presupuestos que la soportan, constituye una interpretación extensiva e improcedente, que vulnera el principio de tipicidad y las garantías contractuales del asegurado y sus beneficiarios.



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



**02.1.5. Frente a la excepción: “FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA RESPECTO DEL DAÑO MORAL PRETENDIDO”**

Esta excepción carece de fundamento jurídico. El seguro de vida grupo deudores ampara expresamente el riesgo de muerte por cualquier causa, riesgo que se materializó con el fallecimiento del señor JAIRO HELI ARANGO QUINCHIA. La pretensión principal no versa sobre responsabilidad civil ni daños a terceros, sino sobre el cumplimiento de la obligación asegurada derivada del fallecimiento del deudor asegurado. El daño moral reclamado es consecuencia directa del incumplimiento del pago del seguro, no un riesgo adicional que deba estar expresamente amparado en la póliza.

En cuanto al daño moral cuya indemnización se reclama, es preciso aclarar que no se deriva exclusivamente del siniestro —esto es, del fallecimiento del asegurado— sino de la conducta posterior asumida por las entidades demandadas, en particular la negativa injustificada de pagar la cobertura contratada. En tal sentido, la responsabilidad que se imputa a BBVA SEGUROS y al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es directa y autónoma, en tanto su actuar ha generado un perjuicio extrapatrimonial a los demandantes, al desconocer sin causa legal la obligación de cobertura, incumplir su deber de información y actuar en contravía de los derechos del consumidor financiero. Así, el daño moral proviene del incumplimiento del contrato de seguro y de las obligaciones legales que rigen la relación de consumo, y no de la ocurrencia misma del siniestro, lo que hace plenamente viable su reclamación e indemnización dentro del presente proceso.

**02.1.6. Frente a la excepción: “PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO”**

Frente a esta excepción ha de indicarse de manera diáfana que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto la reclamación de la póliza fue elevada de manera escrita a los pocos días de haber ocurrido el siniestro, conforme se acredita en las pruebas documentales allegadas, entre ellas la solicitud presentada a la aseguradora, los certificados de defunción, las comunicaciones enviadas por los herederos y la constancia de radicación ante las entidades demandadas.



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



Llama profundamente la atención que, quizás por afán o descuido del profesional que proyectó la contestación de la demanda, se incorpore un fragmento argumentativo que resulta totalmente ajeno a los hechos del presente caso y que ni siquiera guarda relación con la naturaleza del riesgo asegurado. Concretamente, se sostiene lo siguiente:

*“(...) Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece provisiones 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. Por lo anterior si se comprueba que **desde la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral** hasta la fecha de radicación de la demanda transcurrió más de dos años deberá declararse probada la excepción de prescripción de conformidad con la norma comercial.*

*(...) **En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción esto es de la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral**, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co. (...)”*

Tal afirmación resulta manifiestamente errónea, pues en el presente proceso no se discute la pérdida de capacidad laboral ni la cobertura por incapacidad o invalidez, sino un seguro de vida grupo deudores activado por la muerte del asegurado. En consecuencia, la referencia a un supuesto dictamen de pérdida de capacidad laboral no aplica bajo ninguna lógica jurídica al caso sub iudice, lo que evidencia que la excepción fue trasladada mecánicamente de otro proceso sin ninguna adaptación al marco fáctico y probatorio de este.

En ese orden de ideas, la prescripción prevista en el artículo 1081 del Código de Comercio — que establece un término de dos años contados a partir del conocimiento del hecho que da lugar a la reclamación— no ha operado en el presente caso, toda vez que el siniestro (fallecimiento del asegurado) ocurrió en el año \_\_\_\_, y la reclamación fue radicada oportunamente dentro del término legal. Aun más, la demanda fue presentada dentro del año



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



siguiente a la respuesta negativa por parte de la aseguradora, lo que interrumpió cualquier término prescriptivo, tal como lo prevé la norma mencionada.

En síntesis, la supuesta excepción de prescripción carece no solo de fundamento jurídico, sino de mínima coherencia fáctica, revelando que fue producto de una estrategia genérica y estandarizada que no se corresponde con los hechos del expediente. Por tanto, debe ser rechazada de plano por improcedente.

#### **02.1.7. Frente a las demás excepciones formuladas por BBVA SEGUROS:**

Señor Juez, en cuanto a las restantes excepciones de mérito propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., no se hará un pronunciamiento específico e individual sobre cada una de ellas, por cuanto ya han sido abordadas y desvirtuadas en el desarrollo de los apartados precedentes de este escrito. En todo caso, su prosperidad dependerá de que la parte demandada cumpla con la carga de la prueba que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, y acredite con claridad, pertinencia y eficacia los hechos constitutivos de sus defensas.

De no ser así, las mismas deberán ser rechazadas por carecer de sustento fáctico y jurídico suficiente.

#### **02.2. Frente a las excepciones de mérito propuesta por BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**

##### **02.2.1. Frente a la excepción: *“Cumplimiento del Banco en lo pertinente a las obligaciones a su cargo”:***

La excepción planteada por el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., en la que afirma haber cumplido plenamente con sus obligaciones como intermediario del seguro de vida grupo deudores, no tiene vocación de prosperidad y carece de respaldo fáctico y jurídico.



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



En primer lugar, es necesario reiterar que el banco no actuó como un simple canal pasivo de vinculación entre el asegurado y la compañía aseguradora, sino que hizo parte de una **estrategia comercial integrada —y verticalmente unificada—** entre **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** y el **BANCO BBVA**, siendo este último la fuerza comercial directa que promovió, gestionó y concretó la vinculación del fallecido a la póliza, al tiempo que exigía como condición para el otorgamiento del crédito la suscripción del seguro de vida. Bajo esa lógica, el banco tenía el deber jurídico de cumplir con los principios y obligaciones contenidos en el Estatuto del Consumidor Financiero —Ley 1328 de 2009—, particularmente los artículos 5, 6 y 7, los cuales consagran deberes específicos en cabeza de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera, como son:

- Brindar información clara, veraz, suficiente, oportuna y comprensible sobre los productos y servicios ofrecidos;
- Prevenir la asimetría informativa que perjudique la toma de decisiones del consumidor;
- Abstenerse de emplear prácticas que induzcan a error o limiten el entendimiento real del contrato.

Contrario a lo afirmado en la excepción, el formulario de asegurabilidad fue diligenciado apresuradamente por un funcionario del banco, sin que el asegurado —señor JAIRO HELI ARANGO QUINCHIA— fuera debidamente informado sobre su contenido, alcance o consecuencias jurídicas, incumpliendo con ello los deberes de asesoría e información inherentes a su rol como intermediario y fuerza de venta.

Esta conducta irregular resulta aún más grave si se tiene en cuenta la edad del asegurado al momento de vinculación (69 años), circunstancia que debió activar una mayor diligencia por parte del banco en verificar su estado de salud y en advertir a la aseguradora sobre potenciales condiciones de riesgo, en lugar de actuar de manera mecánica, indiferente y con el único fin de cerrar el negocio crediticio.

La jurisprudencia ha sido clara en establecer que cuando las entidades financieras intermedian pólizas de seguro en el marco de productos financieros —como créditos con seguros atados—



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



, adquieren una responsabilidad especial frente al usuario, particularmente en relación con el deber de información y la garantía de consentimiento informado. Así lo reiteró la Corte Constitucional en la Sentencia T-267 de 2019, al señalar:

*"El deber de información se convierte en una herramienta esencial de protección al consumidor financiero, especialmente en operaciones complejas o donde interviene una doble vinculación contractual, como ocurre en los seguros que acompañan productos financieros. El banco debe asegurarse de que el cliente comprenda integralmente los efectos del contrato y no puede limitarse a entregar formularios o recabar firmas sin explicación."*

Por tanto, no puede afirmarse que la suscripción del formulario de asegurabilidad, por sí sola, prueba el cumplimiento de las obligaciones del banco. La simple firma en un documento no convalida la omisión de los deberes de orientación, explicación y transparencia que son exigibles en el marco de una relación de consumo financiero.

Además, si como afirma el banco, el asegurado diligenció y comprendió plenamente el formulario, cabe preguntarse por qué no se advirtió a la aseguradora —que hace parte del mismo conglomerado financiero y comparte información operativa con el banco— sobre la edad del asegurado o sobre signos evidentes de patologías asociadas con adultos mayores, como hipertensión, apnea del sueño o hiperplasia prostática, condiciones comunes en hombres mayores de 65 años, como lo documentan estudios clínicos nacionales (*Instituto Nacional de Salud, Boletín Epidemiológico 2023; Ministerio de Salud, Perfil de Morbilidad por Edad*).

Finalmente, conforme a lo dispuesto en los artículos 10 y 11 de la Ley 1328 de 2009, las entidades financieras y aseguradoras tienen responsabilidad solidaria cuando actúan de forma conjunta en la promoción, comercialización y ejecución de productos financieros que involucren seguros atados a créditos.

Por todo lo anterior, la excepción planteada debe ser desestimada, pues el banco no cumplió con los deberes que le imponía su rol activo como intermediario del seguro. Por el contrario, incurrió en omisiones sustanciales que vulneraron los derechos del tomador, afectaron la



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



validez del consentimiento otorgado, y comprometieron su responsabilidad solidaria frente a los perjuicios reclamados en esta acción.

**02.2.2. Frente a la excepción: “Inexistencia de los elementos de la responsabilidad civil contractual frente al Banco BBVA”:**

La excepción planteada por el **Banco BBVA Colombia S.A.**, consistente en afirmar que no existe responsabilidad contractual de su parte porque “su conducta se limitó a las relaciones preliminares de la negociación del seguro”, resulta insostenible a la luz de los hechos acreditados en el proceso y del régimen normativo que regula las relaciones de consumo financiero.

En primer lugar, es preciso advertir que la responsabilidad del Banco no se agota en la etapa precontractual, como equivocadamente lo sostiene en su contestación, sino que se extiende a todo el ciclo de vida del producto financiero ofrecido, incluyendo el proceso de vinculación del consumidor a la póliza de seguro, la cual, en este caso, fue una condición impuesta para el desembolso del crédito.

Así, **el banco no fue un mero observador**, sino un **agente activo de la intermediación del contrato de seguro**, al punto que:

- Impuso la contratación del seguro como requisito del crédito;
- Puso a disposición del cliente el formulario de asegurabilidad;
- Facilitó o permitió que uno de sus asesores diligenciara dicho formulario sin mediar explicación suficiente ni verificación del contenido;
- No advirtió a la aseguradora —que hace parte del mismo conglomerado económico— sobre la edad o estado de salud del asegurado, pese a que tales elementos eran objetivamente relevantes para la evaluación del riesgo.

Estas conductas configuran **una clara infracción a los deberes legales y reglamentarios que le asisten al banco en su calidad de proveedor de productos financieros**, conforme lo establece la **Ley 1328 de 2009** (Estatuto del Consumidor Financiero), en especial los



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



artículos 5, 6 y 7, que imponen obligaciones de información, transparencia, idoneidad y lealtad frente al consumidor.

Adicionalmente, según reiterada jurisprudencia de la **Superintendencia Financiera de Colombia** y la **Corte Constitucional**, cuando una entidad financiera intermedia seguros como parte de sus productos crediticios, **asume deberes especiales de protección reforzada** frente al consumidor, que implican garantizar que este entienda plenamente los términos y condiciones del contrato, y que su consentimiento esté debidamente formado e informado. La Corte Constitucional ha sostenido al respecto:

“No puede aceptarse que una entidad financiera imponga la contratación de un seguro atado a un crédito sin asegurarse de que el consumidor comprenda el alcance de la cobertura, exclusiones y condiciones, ni puede limitar su responsabilidad alegando que solo actuó como canal de trámite” (Sentencia T-267 de 2019).

Frente a estos precedentes, resulta claro que la conducta del banco no fue neutral ni limitada a relaciones preliminares, sino que fue determinante en la configuración del negocio jurídico que hoy es objeto de controversia. Su responsabilidad, por tanto, no solo es contractual sino también estatutaria, derivada del incumplimiento de sus deberes como proveedor de servicios financieros y como intermediario del seguro.

En consecuencia, la excepción debe ser desestimada en su totalidad, pues sí se configuró una conducta antijurídica atribuible al banco, en tanto facilitó o toleró un procedimiento de aseguramiento viciado, que afectó el consentimiento del tomador y contribuyó de manera directa al perjuicio padecido por los hoy demandantes.

### **02.2.3. Frente a las excepciones: “El Banco está legitimado por activa” y “Pago de cualquier concepto por parte de la aseguradora”:**

En efecto, conforme lo establece el artículo 1080 del Código de Comercio, una vez ocurrido el siniestro y acreditado su acaecimiento, nace la obligación del asegurador de pagar el monto



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



asegurado dentro del término legal o contractual, con independencia de cualquier otro vínculo subyacente. En este caso, la muerte del asegurado acaeció con anterioridad al pago total de las cuotas del crédito, lo cual significa que el siniestro ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y que, desde entonces, la obligación principal garantizada —esto es, el crédito— debía quedar

Frente a esta situación, es claro que cualquier pago efectuado con posterioridad a la ocurrencia del siniestro y durante el período en que ya debía operar la cobertura del seguro, resulta indebido, y debe ser reintegrado a los demandantes, tal como lo prevé el principio de restitutio in integrum, con su respectiva indexación conforme a lo establecido por el artículo 178 del Código General del Proceso, el cual dispone que toda condena dineraria deberá actualizarse con base en el índice de precios al consumidor, a efectos de conservar el poder adquisitivo real del dinero.

Por lo tanto:

- Si bien es cierto que el beneficiario del seguro es el acreedor hipotecario o financiero (Banco BBVA), ello no implica que se justifique el cobro de cuotas adicionales una vez ocurrido el siniestro, ni que las sumas que se logren recuperar con posterioridad deban quedar en poder del banco sin justificación alguna.
- Los pagos que hayan efectuado los demandantes después de la fecha del fallecimiento deben ser devueltos, ya que el riesgo se hizo efectivo y el seguro debió cancelar el saldo del crédito conforme al clausulado de la póliza de grupo deudores.

#### 02.2.4. Frente a la excepción: “Excepción genérica”:

Frente a esta excepción, no se emite pronunciamiento alguno.



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



**03- SOLICITUD DE TACHA DE IMPARCIALIDAD DE LOS TESTIGOS DE LA PARTE DEMANDADA**

De manera respetuosa, solicito al despacho que tenga como tachados por imparcialidad, desde ahora y para todos los efectos procesales, a los siguientes testigos solicitados por la parte demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por cuanto su calidad de empleados o contratistas de confianza, en condición de subordinación o dependencia con la aseguradora, afecta de manera directa su objetividad y credibilidad:

1. **Doctora KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
2. **Doctora JULIE ALEXANDRA TRIANA**, miembro del mismo equipo Técnico de Suscripción.
3. **Doctora DAISY CAROLINA LÓPEZ ROMERO**, asesora externa de la aseguradora, quien además ha sido ofrecida como testigo para rendir declaraciones sobre los hechos controvertidos en la demanda y sobre las excepciones propuestas por su propio mandante.

Según el **artículo 211 del Código General del Proceso**, son causales de tacha de testigos las que afecten la imparcialidad, como lo es su **relación de subordinación laboral, contractual o económica directa con la parte que los presenta**:

*“Artículo 211. Imparcialidad del testigo. Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales u otras causas.*

*La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo con las circunstancias de cada caso.”*



• dcimanotificaciones@gmail.com



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



La jurisprudencia ha señalado que la relación de dependencia laboral o contractual con una de las partes es una causa legítima para que el testigo sea tachado de parcial, al existir un vínculo objetivo que compromete su independencia y genera un interés en el resultado del proceso.” *(Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC1618-2020, Rad. No. 11001-31-03-033-2013-00057-01).*

En el presente caso, tanto las doctoras **Cárdenas** como **Triana** son integrantes del equipo técnico de la propia compañía aseguradora, es decir, **personal vinculado directa y jerárquicamente con la entidad demandada**, cuya labor cotidiana está orientada a respaldar las decisiones técnicas y contractuales de la aseguradora, incluyendo las relacionadas con el análisis del riesgo y la suscripción de pólizas. Su declaración no es, por tanto, ajena al interés procesal de su empleador.

De igual forma, la doctora **Daisy Carolina López Romero**, si bien es presentada como “asesora externa”, en la práctica cumple una función de apoyo jurídico y técnico dentro de la misma lógica de defensa institucional, lo cual compromete su neutralidad. A ello se suma que ha sido ofrecida como testigo sobre los hechos de la demanda, los fundamentos de derecho, las condiciones de la póliza, sus exclusiones y hasta las excepciones propuestas, lo que desdibuja por completo su carácter de tercero imparcial y evidencia su rol como auxiliar de parte.

Por lo anterior, y en virtud del artículo 211 del C.G.P., **solicito que los testimonios de las mencionadas personas sean recibidos bajo tacha de imparcialidad**, y que el juzgado valore sus declaraciones conforme a las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta su evidente interés en favorecer la versión de su empleador o contratante.

#### **04- PRUEBAS Y ANEXOS**

Señor Juez, respetuosamente me permito solicitar los siguientes medios de prueba:



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



- **DICTAMEN PERICIAL DE GRAFOLOFÍA:**

Al tenor de lo dispuesto en los artículos 227 y siguientes del Código General del Proceso, de manera atenta y respetuosa solicito se decrete la práctica de un **dictamen pericial grafológico**, cuyo objeto será establecer si el **formulario o formato de solicitud del seguro de vida grupo deudores** con número **M026300110236201588624389706**, de fecha **19 de octubre de 2021**, fue diligenciado de puño y letra por el asegurado **JAIRO HELI ARANGO QUINCHIA (Q.E.P.D.)**, o si, por el contrario, fue diligenciado por un tercero.

Esta prueba resulta determinante para el esclarecimiento de los hechos controvertidos, en tanto permitirá verificar si existió o no un consentimiento real, libre e informado del asegurado al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, aspecto que resulta esencial para valorar la alegada reticencia invocada por la parte demandada.

A efectos de poder aportar dicho dictamen al expediente, se solicita al despacho requerir al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. o a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para que alleguen en original el citado formulario al despacho judicial, con el fin de que pueda ser examinado por el perito grafoanalista que será contratado por esta parte, y así elaborar el correspondiente informe pericial.

En razón de lo anterior, solicito se conceda un término prudente para la presentación del dictamen pericial, contado a partir del momento en que el documento original sea puesto a disposición en sede judicial, dado que la elaboración del mismo depende materialmente del acceso directo al soporte físico.

- **DOCUMENTALES:**

Las pruebas que ya obran en el expediente.



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



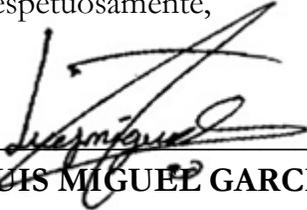
• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín



**05-NOTIFICACIONES**

Señor Juez, para efectos de notificación judicial las que ya obran dentro del expediente.

Respetuosamente,



**LUIS MIGUEL GARCIA CORREA**

C.C. 1.039.468.049

Tarjeta Profesional No. 381.793 del C. S. de la J



• [dcimanotificaciones@gmail.com](mailto:dcimanotificaciones@gmail.com)



• 312 836 47 63



• Calle 47 # 72b-31 - Ed. Manatíal - Of. 303 - Medellín

