

Señores

JUZGADO 12 CIVIL DEL CIRCUITO BOGOTÁ

Ccto12bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

JUEZ

REFERENCIA: PRONUNCIAMIENTO EXCEPCIONES SEGUROS DE VIDA BBVA

RADICADO No.: 110013103012**20250020400**

DEMANDANTE: SANDRO GRAJALES MARIN

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA- BBVA COLOMBIA

ASTRID MORENO SÁNCHEZ, abogada en ejercicio, reconocida dentro del proceso de la referencia como apoderada de la parte demandante, encontrándome dentro del término legal otorgado por el despacho del 20 a 25 de agosto, me permito pronunciarme sobre las excepciones propuestas por el apoderado de BBVA Seguros de Vida, el pasado 31 de julio de 2025.

A LAS EXCEPCIONES

De las 11 excepciones propuestas por Seguros de Vida BBVA, me permito pronunciarme de la siguiente forma:

A. Respecto de la excepción No. 1 Prescripción Extintiva

Línea de tiempo desde la notificación del dictamen hasta la radicación de la demanda



Rechazo la excepción de prescripción, por cuanto como se demuestra en la anterior ilustración en la que se sintetiza de manera clara y precisa los hitos relevantes del presente asunto, desde la notificación del dictamen de la Junta Médica Laboral hasta la radicación de la demanda, está demostrando de forma inequívoca que no existe prescripción extintiva alguna. El término bienal de prescripción previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio fue válidamente suspendido entre el 4 de febrero y el 15 de abril de 2025, conforme al artículo 21 de la Ley 640 de 2001, reanudándose el conteo el 21 de abril de 2025. A esa fecha restaban, como mínimo, 31 días hábiles —o 40 días si se cuenta desde la objeción del 16 de marzo de 2023—, lo que significa que la demanda radicada el 9 de mayo de 2025 se radicó dentro del término legal, quedando descartada de plano cualquier alegato de prescripción extintiva.

1. El 7 de marzo de 2023 se presentó reclamación formal de pago del seguro de vida grupo deudores por afectación de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente (ITP), solicitud que se radicó en el formato de pago de indemnizaciones emitido por la aseguradora, al cual se anexaron los documentos soporte: dictamen de junta médica laboral, historia clínica y copia de la cédula de ciudadanía. Esta reclamación fue respondida el 16 de marzo de 2023 mediante comunicación en la que la aseguradora objetó el pago.
2. Así las cosas, fue precisamente el 7 de marzo de 2023 cuando el acreedor-asegurado, señor **SANDRO GRAJALES MARINA**, **efectuó el requerimiento escrito con una intención clara e inequívoca de cobro del seguro.**

Anexo 1. Obrante en el expediente.

BBVA Seguros

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES
Sinistros de Vida

Ciudad: Villavicencio Fecha: 07 03 2023

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>Sandro Grajales Marin</u>	<u>CC 93380310</u>

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación	
<u>Sandro Grajales Marin</u>	<u>CC 93380310</u>	
Correo Electrónico	Teléfono Fijo	Celular
<u>lorenzograjalesma@gmail.com</u>		<u>3104362482</u>

Reclamo por el siguiente Motivo:

Fallecimiento (Vida)	☐	Incapacidad Total y Temporal (ITT)	☐
Incapacidad Total y Permanente (ITP)	☒	Desempleo (DS)	☐

De acuerdo al motivo reclamado, adjuntar los siguientes documentos:

Documentos*	Vida	ITP	ITT	DS
Formato de Presentación de Indemnizaciones	X	X	X	X
Registro Civil de Defunción	X			
Acta de Levantamiento del Cadáver (muerte accidental)	X			
Exposición sobre la causa del fallecimiento	X			
Certificación de la Incapacidad (Emitted por la Junta Médica Regional o Nacional)		X		
Incapacidad (Certificación de la EPS o médico tratante del mes de Incapacidad)			X	
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (si aplica)		X		
Documentos y Declaración Extrajudicial de Beneficiarios demostrando el parentesco (No aplica para despidos)	X			
Certificación de su anterior empleador (donde incluya el tipo de contrato, fecha de ingreso, fecha de terminación y causa del despido, y/o copia del contrato)				X
Declaración juramentada 30 días posterior a la fecha de despido y así sucesivamente durante los siguientes 6 meses si está desempleado				X
Copia de la liquidación elaborada por el empleador y/o acuerdo de conciliación				X

*La aseguradora podrá solicitar documentación adicional en caso de ser requerido.
Este formulario y los documentos anexos son para la reclamación que la Compañía deberá dar respuesta, aceptando u objetando el seguro en los términos que indica el Código de Comercio. Por otros asuntos a cualquier médico, clínica, hospital o en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar el Seguro Clínico o pagarle al asegurado, si éste es el mismo reclamante o sus herederos.

Firma del Cliente o Reclamante
[Firma]
Cédula: 93380310

3. El 4 de febrero de 2025 se radicó solicitud de conciliación extrajudicial ante la Superintendencia Financiera, conforme consta en el acta correspondiente.
4. La audiencia de conciliación se llevó a cabo el 2 de abril de 2025.
5. No obstante, el Acta de No Acuerdo solo fue remitida al señor Grajales **tras mediar petición directa elevada ante la Superintendencia mediante correo electrónico del 11 de abril de 2025, radicado bajo el No. 2025056226-001-000**. En respuesta a dicha gestión, el Grupo de Conciliaciones de la Superintendencia remitió el acta correspondiente a la audiencia del 2 de abril, la cual fue **finalmente enviada el martes 15 de abril de 2025, en plena semana de vacancia judicial (Semana Santa)**.

Anexo 2 – nuevo anexo con este memorial

solicitud acta de No conciliacion 2025015740 del 02 de Abril del 2025.

Sandro Grajales Marín <lorenzograjalesma@...>

Para ○ Jurisdiccionales; ● conciliacionsfc

CC ○ Sandro Grajales Marín

Responder

Responder a todos

Reenviar

...

viernes 11/4/2025 07:24

WILMAR

Señores
Superintendencia Financiera
Conciliaciones
PST

Asunto: Copia del acta de conciliación celebrada el 2 de abril de 2025 Hora 10 AM

Sandro Grajales identificado con la cédula 93380310 como convocante dentro de la presente solicitud de audiencia de conciliación radicada con el No. 2025015740-002-000 en la que fueron convocados el banco BBVA y Seguros de Vida BBVA le solicito al Dr. Andres Ricardo Caycedo Castro quien fue el conciliador que atendió la audiencia, me remita el acta de No acuerdo que se levantó el 2 de abril.

Cordialmente,

Sandro Grajales Marín
CC.93380310
cel.3104362482
correo. lorenzograjalesma@gmail.com



Anexo 3 y 4 obrantes en el expediente.



Sandro Grajales Marín <lorenzograjalesma@gmail.com>

Documento [2025056226-001-000]

correspondencia1@superfinanciera.gov.co <correspondencia1@superfinanciera.gov.co> 15 de abril de 2025, 7:09
Para: LORENZO GRAJALESMA@gmail.com, enviocorreocertificado@correocertificado-4-72.com

La Superintendencia Financiera de Colombia le esta remitiendo el archivo adjunto

Número de radicación: 2025056226-001-000

Trámite: (490) PETICIÓN

Tipo documental: (39) RESPUESTA FINAL E

Dependencia emisora: 80040-GRUPO DE CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES

Destinatario: (93380310) SANDRO GRAJALES

2 adjuntos



T-2025056226-5653565.pdf
112K



2025015740 CONSTANCIA DE NO ACUERDO.pdf
238K

JURIDICAS



Radicación: 2025056226-001-000
Fecha: 2025-04-15 07:09
Superfinanciera Sec. día 215574
Trámite: 490-PETICIÓN Anexos: Si
Tipo doc.: 39-RESPUESTA FINAL E
Remitente: 80040-80040-GRUPO DE CONCILIACIONES
EXTRAJUDICIALES
Destinatario: 93380310-SANDRO GRAJALES

Señor
SANDRO GRAJALES
LORENZOGRAJALESMA@GMAIL.COM

Bogotá D.C. (BOGOTÁ D.C.)

Número de Radicación : 2025056226-001-000
Trámite : 490 PETICIÓN
Actividad : 39 RESPUESTA FINAL E
Expediente : xxxxxx
Anexos : E1

Respetado señor Grajales:

Con todo gusto damos respuesta a su comunicación radicada en esta Superintendencia bajo el número indicado al rubro, en la cual solicita la constancia de no acuerdo expedida dentro del expediente 2025015740.

Sobre el particular, nos permitimos adjuntar con esta comunicación la constancia solicitada.

De esta manera dejamos atendido el objeto de su consulta, con el alcance previsto en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

6. Con lo expuesto y debidamente acreditado, se concluye que el término prescriptivo, que vencería el 16 de marzo de 2025 conforme a la objeción presentada por la aseguradora, **quedó suspendido el 4 de febrero de 2025** con la radicación de la solicitud de conciliación.
7. Ahora bien, si se acogiera la tesis según la cual el inicio del término de prescripción corresponde al **7 de marzo de 2025, fecha de la reclamación por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente** — y no al 16 de marzo, fecha del rechazo—, dicho término también se encontraría suspendido desde el 4 de febrero de 2025 con la radicación de la solicitud de conciliación.
8. En consecuencia, el término prescriptivo permaneció suspendido desde el 4 de febrero de 2025 (radicación de la solicitud de conciliación) hasta el 15 de abril de 2025 (fecha de expedición del acta de no acuerdo). **Sin embargo, teniendo en cuenta que esta fecha coincidió con el martes de Semana Santa, periodo de vacancia judicial conforme lo dispuso el Consejo Superior de la Judicatura, el término solo se reanudó a partir del siguiente día hábil, esto es, el lunes 21 de abril de 2025.**
9. A partir del 21 de abril de 2025 comenzaron a contarse los días restantes del término de prescripción, con un margen mínimo de 31 días si se computa

desde el 7 de marzo como fecha inicial, o de 40 días si se toma como punto de partida el 16 de marzo. Así, bajo la hipótesis menos favorable (31 días), **el término habría corrido entre el 21 de abril y el 22 de mayo de 2025.**

10. Finalmente, la demanda fue radicada el 9 de mayo de 2025 y repartida el 12 de mayo del mismo año, es decir, dentro del término legal reanudado tras la suspensión (del 21 de abril al 22 de mayo de 2025). De esta manera, la acción fue ejercida en tiempo oportuno, sin configurarse la prescripción extintiva.

Anexo 5 obrante en el expediente.



AMS ASESORÍAS JURÍDICAS <asesoriasjuridicas@amsseguros.net>

Generación de la Demanda en línea No 1261884

1 mensaje

demandaenlinea1@deaj.ramajudicial.gov.co <demandaenlinea1@deaj.ramajudicial.gov.co>

9 de mayo de 2025,
15:32

Para: ASESORIASJURIDICAS@amsseguros.net, raddemciviltobta@cendoj.ramajudicial.gov.co

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
REPÚBLICA DE COLOMBIA

Buen día,
Oficina Judicial / Oficina de Reparto

Estimado usuario su solicitud fue recibida con el número de confirmación 1261884

Departamento : BOGOTA
Ciudad: BOGOTA, D.C.
Localidad Demandado(s):

Especialidad: CIVIL CIRCUITO - MAYOR CUANTÍA
Clase de Proceso: 31-03-01 PROCESOS VERBALES (MAYOR CUANTÍA)

Accionado/s :
Tipo Sujeto: DEMANDANTE
Persona Natural: SANDRO GRAJALES MARIN
Documento: CC - 93380310
Tipo de discapacidad: FÍSICA
Correo Electrónico: ASESORIASJURIDICAS@AMSSEGUROS.NET
Dirección:
Teléfono:

Tipo Sujeto: DEMANDADO
Persona Jurídica: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Documento: NIT - 8002408820,
Correo Electrónico:
Dirección: [CARRERA 9 # 72-21 PISO 8](#) DE BOGOTÁ
Teléfono: 6012191100

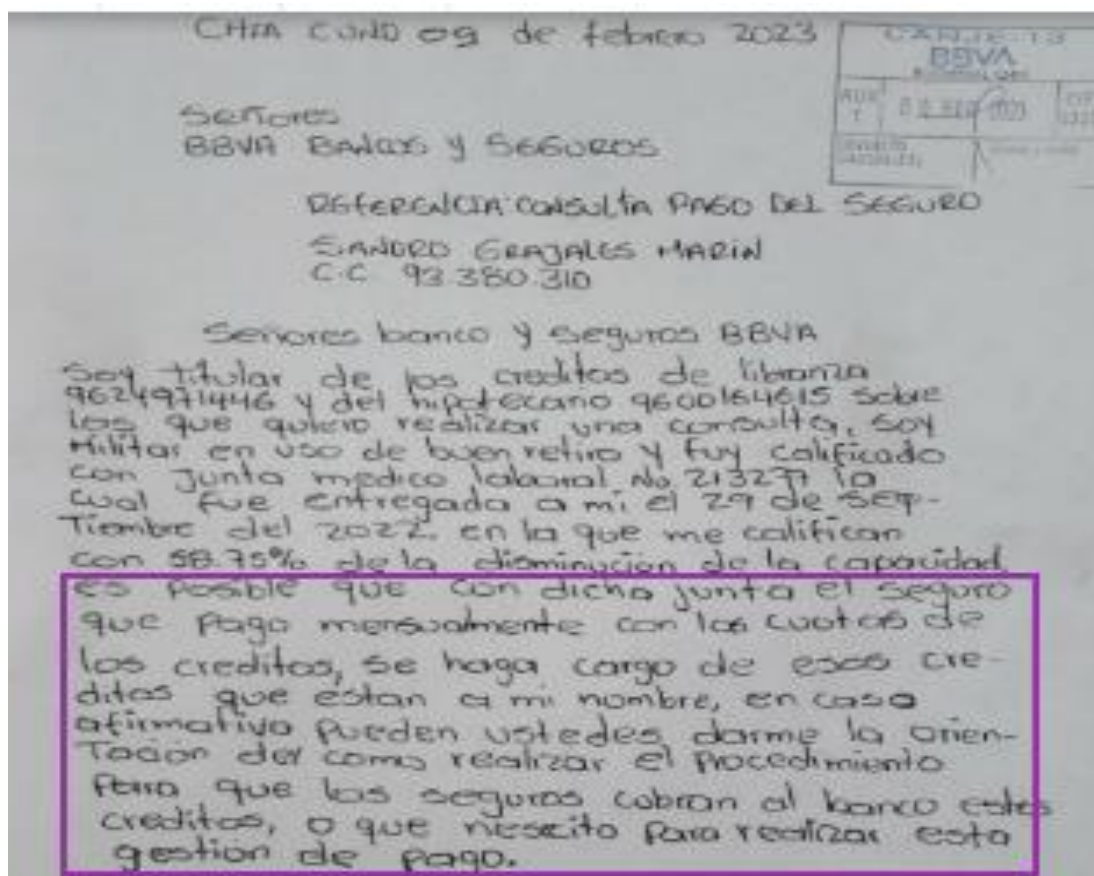
Tipo Sujeto: DEMANDADO
Persona Jurídica: BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. - BBVA COLOMBIA
Documento: NIT - 8600030201,
Correo Electrónico:
Dirección: [CRA 9 # 72 - 21 PISO 10](#)

11. De otra parte, es necesario aclarar la confusión a la que pretende llevar el despacho el apoderado de la parte contraria, lo cual me permito precisar con rigor:

- Como se reconoce expresamente en la demanda, el 7 de marzo de 2023 el señor Grajales presentó **reclamación formal de la indemnización por Incapacidad Total y Permanente**, utilizando el formato exigido por la aseguradora y anexando la historia clínica, el dictamen de junta médica laboral y copia de su cédula de ciudadanía.
- En contraste, el 9 de febrero de 2023 el mismo señor Grajales había radicado una **simple consulta** ante la aseguradora, con el propósito de conocer si, con base en una junta médica, era procedente el cobro del seguro. Textualmente solicitó: *"pueden ustedes darme una orientación de cómo realizar el procedimiento para que los seguros cubran al banco o qué necesito para realizar esta gestión de pago"*.

12. En ese sentido, resulta cuestionable que el apoderado confunda dos actos de naturaleza distinta: **una consulta previa de carácter meramente informativo y una reclamación formal con intención clara e inequívoca de cobro**. La contradicción en sus argumentos, al aceptar ambas fechas como si fueran equivalentes, desconoce la diferencia jurídica entre un simple requerimiento de orientación y un requerimiento formal de pago del acreedor al deudor, en los términos del artículo 94 del Código General del proceso y artículo 1077 del Código de Comercio en tratándose de reclamación de seguros.

Anexo 6- obrante en el expediente.



13. Para efectos de precisar cuál fue el verdadero requerimiento escrito de pago realizado por el demandante a la aseguradora, y con el fin de otorgar absoluta claridad al despacho, resulta pertinente citar el **inciso 5° del artículo 94** del Código General del Proceso, que establece: *"El término de prescripción también **se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor**. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez"*.
14. En ese orden, es necesario diferenciar entre la consulta radicada el 9 de febrero de 2023, que se limitó a solicitar orientación sobre el procedimiento para gestionar el pago del seguro, y la **reclamación presentada el 7 de marzo de 2023**, que sí constituye un **requerimiento escrito, claro e inequívoco con intención de cobro de la cobertura asegurada**. Es esta última, y no la primera, la que tiene la virtualidad jurídica de interrumpir el término prescriptivo en los términos del artículo citado.
15. Es claro que la comunicación del 9 de febrero de 2023 no constituyó un requerimiento de pago, sino una consulta preliminar con fines de

orientación y asesoría. Tanto así, que la propia aseguradora, mediante respuesta del 24 de febrero de 2023, le indicó al señor Grajales que, para reportar un siniestro, debía acudir a los canales especializados. Atendiendo dicha instrucción, el asegurado contactó las líneas indicadas, donde se le informó que debía diligenciar el “Formato de Solicitud de Indemnizaciones” y acompañarlo de los documentos soporte. En cumplimiento de ello, el 7 de marzo de 2023 radicó dicho formato junto con la historia clínica, el dictamen de la junta médica laboral y la copia de su cédula de ciudadanía, configurándose allí sí el requerimiento escrito, claro e inequívoco de pago de la cobertura por Incapacidad Total y Permanente.

Anexo 7- obrante en el expediente.

Bogotá D.C. 24 de Febrero de 2023

Señor (a):

Sandro Grajales Marin

Cordial saludo de parte de BBVA Seguros, en atención a tu solicitud enviada a través de nuestros canales de atención, nos permitimos informarte que para reportar tu siniestro es necesario que te contactes a nuestra línea exclusiva de Siniestros al 601 3077121 en Bogotá o al 01 8000 934 020 marcando opción 2 a nivel nacional, de lunes a viernes de 8:00am a 7:00pm y sábados 8:00am a 2:00pm, donde un asesor especializado atenderá tu solicitud.

Para mayor información de nuestros productos y servicios, puedes comunicarte al 01 8000 934 020 a nivel nacional, o al 601 307 80 80 en Bogotá, escribiarnos al buzón clientes@bbvaseguros.com.co o ingresar a nuestra página web www.bbvaseguros.com.co.

Al respecto del requerimiento escrito a que alude el inciso 5° del artículo 94 del Código General del Proceso, los tribunales han coincidido en precisar que:

*"...el **requerimiento escrito** para que surta sus efectos debe ser preciso, concreto e identificar claramente la obligación cuyo pago se solicita. Por eso comunicaciones de contenido general connotaciones, dirigidas a un deudor no tienen esas como tampoco la puede tener otras que no hacen referencia al punto específico de obtener el pago. (Tribunal Superior de Medellín, Sala Cuarta de Decisión Civil; Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá; Tribunal de Arbitraje de la Cámara de Comercio).*

De igual manera, la Corte Suprema de Justicia ha reiterado que:

"no cualquier comunicación puede hacer las veces de reclamación. Para que la misma sea considerada como tal, de manera que tenga la virtualidad de interrumpir el término de prescripción no sólo se debe indicar con precisión la obligación cuyo pago se solicita y la exigencia de que pago de esta, sino también se debe precisar el tipo de afectación y su cuantía acompañada de los respectivos comprobantes que así lo acrediten. Así las cosas, si una reclamación no cuenta con los elementos suficientes que soporten la obligación de pago a la que está obligada la aseguradora, simplemente se debe entender que no hay reclamación y, en consecuencia, que no se interrumpe en manera alguna el término prescriptivo"

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 27 de agosto de 2008. Exp. 11001-3103-022-1997-14171-01. M.P: William Námen Vargas. Reiterada sentencia SC 1916, 31 may. 2018, rad. n.º 2005-00346-01. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 dic. 2001, Exp. 6230. M.P: Carlos Ignacio Jaramillo. Posición reiterada en SC 1916-2018 Rad. Radicación n.º 11001-31-03-011-2005-00346-01. 31 de mayo de 2018 M.P. AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO.

En jurisprudencia más reciente, la Corte precisó:

*"...la prescripción extintiva y su forma civil de interrupción (...) **reclama, necesariamente, un acto de comunicación a quien puede llegar a beneficiarse de aquella, de modo que, en virtud de ese enteramiento, el deudor quede advertido que su acreedor está presto a ejercer el derecho...**"* (CSJ SCC SC 712-2022 – M.P. LUIS ALFONSO RICO PUERTA)

En consecuencia, a la luz de la doctrina jurisprudencial reiterada por la Corte Suprema de Justicia y los tribunales superiores, debe concluirse que la comunicación del 9 de febrero de 2023 constituyó una mera consulta orientada a obtener información, carente de la precisión, concreción y respaldo documental exigidos para configurar un requerimiento interruptivo del término de prescripción. Por el contrario, la reclamación del 7 de marzo de 2023, presentada en el formato oficial de indemnizaciones y acompañada de la historia clínica, dictamen de junta médica laboral y cédula de ciudadanía, sí constituye un **requerimiento escrito, claro e inequívoco de pago**, que reúne los elementos exigidos por el inciso 5º del artículo 94 del CGP y por la jurisprudencia de la Corte. En tal virtud, es claro que únicamente la reclamación del 7 de marzo de 2023 cumple con lo dispuesto en la normativa vigente, en lo debatido y reiterado por la jurisprudencia, así como en lo fijado por la

doctrina nacional, en la pluma de reconocidos tratadistas como Hernán Fabio López Blanco y Jairo Parra Quijano, entre otros.

Finalmente, como argumento complementario, debe destacarse que la propia aseguradora continuó recibiendo el pago de las primas del seguro de vida grupo deudores aun después de la ocurrencia del siniestro, de la reclamación presentada el 7 de marzo de 2023 y de la objeción comunicada el 16 de marzo del mismo año. Este comportamiento resulta jurídicamente incompatible con la alegación de prescripción, pues implica un reconocimiento tácito de la vigencia del contrato.

La doctrina especializada ha sostenido que tal conducta configura una renuncia tácita a la prescripción, en tanto ratifica la subsistencia del vínculo contractual y contradice de manera inequívoca la intención de extinguir la acción. En este sentido, la Revista e-Mercatoria de la Universidad Externado de Colombia ha señalado:

“La renuncia del asegurador a hacer uso de la resciliación del contrato debe ser demostrada por el asegurado, y no podrá fundarse sino en actos positivos... Asimismo, de la aceptación de un pago parcial del premio, con anterioridad a la verificación del siniestro, se infiere esa renuncia tácita” (Revista e-Mercatoria, Universidad Externado de Colombia, vol. 10, núm. 1, enero-junio 2011, p. 229).

Así las cosas, si la aseguradora realmente hubiera considerado extinguida la acción por prescripción, debió abstenerse de cobrar y recibir primas con posterioridad al siniestro. Al hacerlo, adoptó un acto positivo que la doctrina reconoce como una renuncia tácita a la prescripción.

En virtud de lo expuesto, la excepción de prescripción debe ser rechazada de plano, no solo porque la acción fue ejercida en tiempo oportuno conforme a la normativa vigente, sino también porque la propia conducta de la aseguradora resulta incompatible con la alegación de prescripción extintiva.

B. Respecto de la excepción No. 2 Nulidad por Reticencia

Rechazo la excepción de nulidad relativa por reticencia, toda vez que la parte demandada no acreditó el elemento esencial de dolo. La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha reiterado que no basta la simple omisión en la declaración de asegurabilidad, sino que debe probarse la intención positiva de engañar, lo cual no ocurrió en este caso. Adicionalmente, la aseguradora incumplió con su deber de información claro y suficiente. De igual manera, la acción de nulidad se encuentra prescrita en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

1. Sobre el artículo 1081 del Código de Comercio

Texto de la norma:

“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.”

En el presente caso, la aseguradora tuvo acceso al certificado de seguro y a la declaración de asegurabilidad firmadas por el señor Sandro Grajales los días 18 de diciembre de 2021 y 14 de febrero de 2022. En dichos documentos, el asegurado autorizó expresamente el acceso a su historia clínica, lo cual imponía un deber de diligencia reforzada a la aseguradora en la verificación del riesgo..

2. *Vulneración del deber de información*

El señor Grajales no diligenció personalmente el formulario de asegurabilidad: fue llamado únicamente a firmarlo, sin recibir copia, explicación ni constancia de entrega del condicionado general ni de las coberturas, exclusiones, valor asegurado, número de póliza ni demás elementos esenciales del contrato.

Esto contraviene el principio de transparencia y deber de información previa, exigidos por el Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011).

Preguntas sin respuesta:

- 1. ¿Por qué no entregó al asegurado copia del certificado de seguro?**
- 2. ¿Por qué no solicitó la historia clínica al inicio del contrato?**
- 3. ¿Por qué no consta la entrega del condicionado general?**
- 4. ¿Quién fue el asesor responsable?**
- 5. ¿Dónde está la prueba de comprensión y aceptación del contrato por parte del asegurado?**

3. *La buena fe no es solo del asegurado: también del asegurador*

El principio de la ubérrima buena fe es de doble vía. La aseguradora estaba obligada actuar con máxima diligencia y tenía el deber de informar adecuadamente las condiciones del contrato.

La Jurisprudencia de la Corte ha reiterado, que no basta con una discrepancia entre historia clínica y formulario, sino que se debe:

- Probar el dolo del asegurado
- Probar que se intentó verificar la información y no fue posible
- Probar el nexo causal entre la omisión y el siniestro

4. *El error fue inducido por la aseguradora*

El señor Grajales nunca recibió información clara sobre el funcionamiento del seguro. Su desconocimiento fue tal que incluso consultó sobre cómo se activaba el seguro, pidiendo orientación.

Esto demuestra que **no actuó con mala fe**, sino que fue víctima del incumplimiento informativo del asegurador.

5. *Prescripción del derecho a alegar nulidad relativa*

La acción para impugnar el contrato por error o reticencia prescribe en dos años (artículo 1081 C.Co.). La aseguradora conocía desde:

- 18/12/2021 → 09/05/2025 = 3 años y 5 meses
- 14/02/2022 → 09/05/2025 = 3 años y 3 meses

La prescripción operó de forma ordinaria. La aseguradora pudo y debió verificar la información desde la suscripción del contrato.

En consecuencia, la **nulidad por reticencia está prescrita**.

6. *Aplicación del artículo 1160 del Código de Comercio*

Transcurridos dos años en vida del asegurado desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por error en la declaración.

- Contrada del 18/12/2021 → plazo cumplido el 18/12/2023
- Contrato del 14/01/2022 → plazo cumplido el 14/01/2024

Por lo tanto, la aseguradora no puede reducir el valor del seguro ni alegar error en la declaración.

Complemento jurisprudencial – CSJ SCC16-012-2016

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado que el tomador del seguro debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias relevantes al momento de contratar. No obstante, también ha dejado claro que el profesionalismo que exige la actividad aseguradora impone al asegurador un deber de diligencia razonable en la validación del riesgo, especialmente cuando existen señales que podrían generar dudas razonables sobre la veracidad de las declaraciones recibidas.

Dijo el alto tribunal:

“No puede entonces endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora de entrada requiere el agotamiento de todos los medios a su alcance para constatar el estado del riesgo que se asume como si fuera de su exclusivo cargo, so pena que por la inactividad –renuncie– a la nulidad relativa por reticencia. Esto por cuanto se reitera que el tomador está compelido a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que lo determinen, y los efectos adversos por inactividad se reducen si hay error inculpable o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre las inconsistencias de lo que aquel reporta.”

(CSJ, Sala de Casación Civil, Sentencia SCC16-012-2016, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo)

Esta doctrina no exime al asegurador de su obligación de diligencia. Por el contrario, le impone el deber de actuar cuando existen señales de inconsistencias, como ocurrió en este caso, donde:

- *El asegurado firmó una solicitud sin asesoría,*
- *No se le explicó el condicionado,*
- *Y la aseguradora omitió revisar la historia clínica, a pesar de tener autorización expresa para ello.*

En consecuencia, mal puede invocar reticencia cuando no solo omitió verificar el riesgo, sino que participó activamente en el error del asegurado, incumpliendo así su deber legal de información y verificación previa.

Como ha señalado la Corte Suprema de Justicia (SC3791-2021, M.P. Luis Armando Tolosa García),

"en el marco del artículo 1058 del Código de Comercio, el deber de buena fe es bidireccional; sin embargo, tratándose de las aseguradoras, este deber adquiere un carácter activo y calificado, dada su posición dominante y su experticia técnica. No basta con recibir un formulario genérico de asegurabilidad: les corresponde formular un cuestionario específico, solicitar información médica, y evaluar diligentemente el riesgo antes de celebrar el contrato.

En el presente caso, la aseguradora recibió un formulario de solicitud que incluía autorización expresa para acceder a la historia clínica del asegurado. No obstante, omitió solicitarla, no evaluó los antecedentes médicos y, pese a ello, expidió la póliza, percibió las primas y asumió el riesgo sin hacer reserva ni exclusión alguna.

De acuerdo con la misma sentencia, la nulidad relativa del contrato de seguro no puede ser invocada si la aseguradora conoció o debió conocer el estado del riesgo y, a pesar de ello, celebró el contrato. Tampoco si convalidó posteriormente el vínculo con su conducta, por ejemplo, al recibir primas o emitir certificados sin reservas.

En consecuencia, la aseguradora renunció tácitamente a cualquier invocación de reticencia y no puede ahora pretender desvirtuar el contrato alegando una falta de información que pudo y debió haber verificado oportunamente. Su omisión refleja una conducta inactiva e imprudente, en contravía de su obligación de actuar con suma diligencia, como lo exige el artículo 1058 del C. de Co.

La Corte lo deja claro:

"... no toda reticencia o inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intención del asegurador (...) En determinadas y muy precisas circunstancias (...) puede mediar un ocultamiento (...) y, no por ello, irremediabilmente abrirse paso a la anulación..."

"...la nulidad relativa del seguro es excepcional. De ninguna manera puede fundarse en el conocimiento —real o presunto— de la aseguradora sobre el estado del riesgo, ni cuando esta convalida los vicios en forma expresa o tácita..." (SC3791-2021, C.S.J.)

Para concluir, se tiene que:

La excepción de nulidad por reticencia no procede, porque:

- ✓ No se probó dolo del asegurado.
- ✓ Hubo incumplimiento del deber de información por parte de la aseguradora.
- ✓ La acción para alegar nulidad está prescrita (art. 1081 C.Co.).
- ✓ Opera la protección del artículo 1160 C.Co. que impide reducir la cobertura.
- ✓ La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia exige un deber reforzado de diligencia al asegurador, el cual fue incumplido.

Por lo anterior, debe rechazarse de plano la excepción propuesta y mantenerse la validez de la póliza de seguro de vida.

C. Respecto de la Excepción No. 3 - Falta de Cobertura Temporal de la Póliza en los Términos Del Artículo 1073 del C.Co En Razón A Que La Invalidez Inició a Estructurarse Con Anterioridad a la Suscripción de los Contratos de Seguro

Rechazo a la excepción de falta de cobertura temporal (art. 1073 C.Co.)

1. La calificación se dio en vigencia del seguro

La calificación de pérdida de capacidad laboral del 58.75% fue emitida el 22 de abril de 2022, fecha en la cual ambos contratos de seguro se encontraban plenamente vigentes.

Por tanto, el riesgo se concretó dentro de la vigencia del amparo, siendo plenamente exigible la cobertura, salvo que la aseguradora demuestre —con prueba suficiente— una exclusión expresa, clara y conocida por el asegurado, lo cual no ocurre en este caso.

En relación con la fecha de estructuración, el artículo 3° del Decreto 917 de 1999 define:

“Es la fecha en que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. (...) puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.”

La Superintendencia Financiera (Sent. 2014-1167, 11 de septiembre de 2015) precisó:

“En lo que respecta al amparo de incapacidad total y permanente, puede presentarse diferencia entre la fecha de estructuración y la de calificación. En esos casos, debe tomarse como referencia la fecha de calificación, por su carácter constitutivo, siendo esta la más beneficiosa para el asegurado.”

De acuerdo con lo anterior, la pérdida de capacidad laboral se originó en plena vigencia del contrato de seguro, hecho que no admite discusión.

2. Esa calificación hace parte del historial médico que la aseguradora omitió verificar

La declaración de asegurabilidad firmada por el señor Grajales autorizaba expresamente a la aseguradora a acceder a su historia clínica. Esa historia contenía los antecedentes médicos que luego serían objeto de calificación.

La aseguradora tenía la facultad y el deber de conocerlos antes de aceptar el riesgo. Al no ejercer esa facultad y cobrar las primas, incurrió en negligencia en la verificación del riesgo, por lo cual no puede ahora invocar hechos que ella misma omitió verificar.

3. Incumplimiento del deber de información

La aseguradora tampoco demostró haber informado al asegurado sobre:

Las condiciones y exclusiones del seguro.

Las implicaciones de su declaración de asegurabilidad.

La existencia del condicionado general.

El valor asegurado y demás elementos esenciales del contrato.

El principio de buena fe objetiva (art. 1058 C.Co. y art. 83 C.P.) impone al asegurador una carga reforzada de información y diligencia, más aún en contratos de adhesión.

Si el asegurado no conocía las condiciones, ni recibió copia del condicionado, no puede imputársele responsabilidad por omisión de antecedentes, máxime cuando la aseguradora tenía los medios para verificar la información y no lo hizo.

4. Aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio

El artículo 1058 permite al asegurador rehusar el pago si hubo declaraciones inexactas o reticentes con dolo y si no le fue posible conocer la verdad con la diligencia debida.

En este caso no se probó dolo ni ocultamiento intencional, y la aseguradora sí pudo verificar la verdad al tener autorización expresa para acceder a la historia clínica. Su omisión demuestra falta de diligencia, no reticencia del asegurado.

En conclusión;

La calificación del 22 de abril de 2022 no constituye causal de exclusión ni prueba de reticencia. Por el contrario:

Demuestra que el riesgo se hizo efectivo durante la vigencia del contrato.

Refleja la omisión de la aseguradora en su deber de análisis y verificación del riesgo.

Evidencia el incumplimiento del deber de información y transparencia.

Por lo anterior, la excepción de falta de cobertura temporal carece de fundamento fáctico y jurídico y debe rechazarse en su totalidad, conforme a los principios rectores del contrato de seguro y la jurisprudencia de la Superintendencia Financiera que privilegia la fecha de calificación como constitutiva y más favorable al asegurado.

D. Respecto de la excepción No. 7 Deber del consumidor financiero

Rechazo la excepción alegada, toda vez que los deberes de autorresponsabilidad del consumidor financiero no eximen a la aseguradora de cumplir con sus obligaciones legales en materia de información, asesoría y claridad contractual. En contratos de adhesión como el presente, la interpretación debe favorecer al adherente, conforme a reiterada jurisprudencia y a los principios de protección al consumidor financiero.

1. La firma no reemplaza el deber de información efectiva

Es cierto que el señor Grajales firmó las declaraciones de asegurabilidad. Pero esa firma:

- No equivale a la entrega real del condicionado general.
- No prueba la comprensión ni la explicación del contenido del contrato.

- No exime a la aseguradora de sus deberes activos de información y asesoría previa.

La Corte Suprema de Justicia ha sostenido que el consentimiento en contratos de adhesión como el seguro debe estar precedido por una información efectiva, clara, oportuna y comprensible, y no puede suponerse cumplido por el simple hecho de estampar una firma en un formulario genérico.

Dice la Corte:

(i) La aseguradora tiene el deber jurídico de poner en conocimiento y explicar, de manera previa, clara, completa, objetiva y suficiente, las condiciones generales del contrato de seguro a sus potenciales clientes. De este modo, se garantiza que, al decidir adherirse al pacto predispuesto, lo hagan basándose en la información necesaria para validar su intención de vincularse al clausulado ya establecido por el seguro.

(ii) Si bien la entrega –física o electrónica– del documento contentivo de las condiciones generales del contrato de seguro es indicativa del cumplimiento del referido deber de información de la aseguradora, esta no constituye prueba solemne de la eficacia obligacional del clausulado predispuesto.

Habrá casos en los que la aseguradora demuestre, de manera fehaciente, que su contraparte expresó su voluntad de adherirse al contrato de seguro, conociendo a cabalidad las estipulaciones predispuestas. Y ello resulta suficiente para otorgar validez a lo acordado entre las partes, de buena fe, y de manera libre e informada.

Para el caso bajo examen, la aseguradora únicamente ha exhibido la firma del asegurado en un certificado de seguro y en las declaraciones de asegurabilidad, documentos que por sí solos no cumplen con los parámetros mínimos exigidos por las Circulares Básicas Jurídicas de la Superintendencia Financiera. No existe constancia alguna de que se hubieran entregado y explicado las condiciones generales de la póliza. De hecho, el condicionado fue solicitado con posterioridad a la objeción del siniestro, y antes de la reclamación formal el propio asegurado tuvo que consultar con la compañía si una pérdida de capacidad laboral podía dar lugar

al pago del seguro. Todo lo anterior demuestra, sin margen de duda, que el consumidor financiero, adherente a una póliza colectiva de vida grupo deudores contratada por el Banco BBVA y Seguros BBVA, nunca recibió copia ni explicación suficiente del contrato en debida forma, en abierta vulneración del deber de información.

2. No existe constancia de entrega del condicionado general

No obra en el expediente:

- Copia firmada de recibido del condicionado general.
- Prueba de que se explicó el contenido del seguro.
- Nombre del asesor, fecha y medio de explicación.
- Constancia física o digital de entrega de información previa.

Aún si el condicionado estaba “disponible en la web”, eso no suple la entrega directa ni la explicación verbal y suficiente, exigida por el Estatuto del Consumidor y la Ley 1328 de 2009, o como mínimo se debió haber dispuesto a su lectura en el momento de diligenciamiento del formato de solicitud de seguro en presencia del asesor del cual no se conoce ni el nombre, quien en representación de la aseguradora debió haber explicado de manera suficiente la relación de la solicitud del seguro individual, la declaración de asegurabilidad y la implicación de esos documentos que hacen parte integral de la póliza colectiva a la que el asegurado estaba ingresando.

3. Incumplimiento del artículo 3 de la Ley 1480 de 2011

El artículo citado por la aseguradora establece que el consumidor tiene derecho a recibir información:

"Completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea..."

El artículo 39 ordena dejar constancia de la aceptación de condiciones generales.

En este caso:

- No hubo entrega ni explicación previa.
- El asegurado tuvo que consultar posteriormente cómo activar el seguro, prueba clara de la falta de información.

La aseguradora incumplió también las circulares básicas jurídicas de la Superintendencia Financiera, lo establecido en el artículo 120 del EOSF, lo dispuesto en el Decreto 2555 de 2010.

4. La historia clínica estaba autorizada, pero la aseguradora no la verificó

El formulario incluía autorización expresa para solicitar la historia clínica, pero la aseguradora no la verificó antes de asumir el riesgo.

Ello demuestra falta de diligencia y de análisis técnico por parte de la compañía, que ahora no puede alegar desconocimiento de condiciones que pudo y debió comprobar.

5. El principio de buena fe y la carga dinámica de la prueba

El contrato de seguro se rige por el principio de ubérrima buena fe. Este principio impone a la aseguradora una diligencia activa en la entrega y explicación del contrato, no simplemente recostarse en una firma de formulario.

El artículo 38 de la Ley 153 de 1887 hace exigibles los deberes de información en la relación contractual; y el artículo 37 del Estatuto del Consumidor sanciona con ineficacia las cláusulas abusivas o que incumplan tales parámetros.

La CSJ SC1301-2022 recordó:

"El asegurador tiene el deber de hacer entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole la cobertura, las exclusiones y las garantías."

La Corte ha reiterado que la buena fe no se presume del asegurado cuando no hay prueba de que conocía lo que contrataba, y que corresponde a la aseguradora probar que informó efectivamente, no solo que hizo firmar.

Al respeto, el artículo 39 de la ley 1480 de 2011, indicó: "...el productor deberá dejar constancia de la aceptación del adherente a las condiciones generales..."

Pese a la orden legal que recae sobre el productor del contrato de seguro en este caso, la aseguradora, esta se limita a exhibir la firma del asegurado en un formato preimpreso que hace las veces de solicitud de seguro y de declaración de asegurabilidad. Dicho documento no contiene la información exigida por las **Circulares Externas** de la Superintendencia Financiera, ni cumple con los estándares mínimos de transparencia e información previa. Más aún, el **Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 2555 de 2010)** establece expresamente que el certificado debe contener y suministrar al asegurado información completa sobre las condiciones del contrato, la cual debía ser entregada de manera previa y efectiva, y no retenida únicamente por la aseguradora.

6. La firma no genera consentimiento informado

El consentimiento informado requiere:

- Información previa, clara y adecuada sobre las condiciones del contrato, a voces del artículo 37, suficiente, anticipada y expresa. ¿anticipada a qué? A ser ingresado al seguro, a que se le cobre la prima, sin conocer ni siquiera cuales son las coberturas del seguro.
- Tiempo suficiente para comprender lo firmado.
- Posibilidad de comparar opciones.
- Entrega de la solicitud de certificado individual

La firma de una persona no le priva de su derecho a ser informado con suficiencia, ni exonera a la aseguradora de cumplir sus deberes legales como parte dominante de la relación contractual.

En corolario de lo dicho, la aseguradora no puede alegar que cumplió con su deber de información solo porque el asegurado firmó un formulario. El contrato de seguro fue suscrito:

- Sin entrega del condicionado general,
- Sin asesoría,
- Sin verificación médica,
- Sin explicación personalizada de coberturas, exclusiones ni valores.
- Sin entregar si quiera la solicitud de certificado de seguro

Por tanto, no hubo cumplimiento del deber de información en los términos exigidos por la ley, y el consentimiento prestado por el señor Grajales fue viciado por error inducido por la falta de información clara y completa.

Respecto del deber de información, explicación y entrega de condiciones del seguro, la Corte Suprema de Justicia ha sido enfática. En la sentencia **CSJ SC1301-2022**, la Sala precisó:

"En materia aseguraticia, las diferentes fases de los pactos se rigen por el principio de la buena fe en sus distintas expresiones, en especial el deber de información catalogado por la doctrina como un deber o regla secundaria de conducta. En estos casos, se impone a las entidades vigiladas brindar al contratante, como consumidor de los servicios ofrecidos, información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas (lit. c., art. 3, Ley 1328 de 2009). En su calidad de predisponentes en los contratos de adhesión, corresponde a las aseguradoras informar suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales".

Y agregó la Corte que, particularmente en los contratos de seguro, recae sobre el asegurador el deber de **hacer entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.**

La eficacia de estos mandatos está respaldada en la normativa vigente. Así, tanto el **parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009** como el **inciso final del artículo 37 del Estatuto del Consumidor** consagran un caso específico de **ineficacia por inexistencia**: no del contrato en su integridad, sino de aquellas cláusulas que contravengan las reglas de prohibición de abusividad o los requisitos de las condiciones generales en contratos de adhesión. Este criterio fue reiterado en la sentencia **CSJ SCC 495-2023**.

En el caso concreto, la aseguradora vinculó al señor Grajales a un seguro colectivo de vida grupo deudores **sin cumplir con sus deberes de información y explicación previa**, dejando de lado lo dispuesto en:

- La **Constitución Política**.
- El **Decreto 2555 de 2010**.
- Las **Circulares Básicas Jurídicas** de la Superintendencia Financiera.
- Los **estatutos de protección al consumidor financiero**.
- El **Estatuto Orgánico del Sistema Financiero**.

Todas estas normas regulan el contrato de seguro y establecen que la **actividad financiera y aseguradora es de interés público**, lo cual impone a las entidades prestadoras —autorizadas por el Estado— la obligación de ejecutar su actividad conforme a estrictos deberes de información, atención y diligencia. Tales deberes son plenamente exigibles en el ámbito contractual en virtud del artículo 38 de la Ley 153 de 1887.

Frente a las demás excepciones, esta parte se remite a lo ya expuesto en la contestación de la demanda, reiterando que las mismas carecen de soporte fáctico y jurídico, por lo cual solicito también sean declaradas no probadas.

PRUEBAS

Pruebas ya obrantes en el expediente, relevantes para este memorial:

1. Consulta del 9 de febrero de 2023
2. Reclamación del 7 de marzo de 2023
3. Objeción del 16 de marzo de 2023
4. Acta de conciliación en la que consta la fecha solicitud el 4 de febrero de 2025.

Aportadas con este escrito:

1. Respuesta de la aseguradora “como se realiza un siniestro” 24 de febrero de 2024
2. Constancia de no acuerdo remitida por la Superintendencia Financiera el 15 de abril de 2025, correspondiente a la audiencia de conciliación del 2 de abril de 2025

3. Se aporta la constancia expedida por la Superintendencia Financiera, recibida el día 21 de agosto, en la cual se remite el registro de la solicitud realizada por esta parte el 11 de abril de 2025, a través de correo electrónico, para la entrega del acta de la audiencia de conciliación celebrada el 2 de abril de 2025.
4. Copia de la radicación de demanda – generación demanda en línea
5. Extracto del crédito

Pruebas solicitadas:

1. Constancia de entrega del formato de solicitud de seguro individual firmado por el señor Grajales en las fechas 18 de diciembre de 2021 y 14 de febrero de 2022, con los anexos que demuestren el momento, modo y lugar de suscripción
2. Constancia de la explicación dada por el funcionario de la aseguradora sobre los beneficios, exclusiones, coberturas y condiciones del seguro de vida grupo deudores contratado por el Banco BBVA, indicando nombre completo, cargo y certificación de dicho asesor.
3. Prueba documental de la entrega del condicionado general de las pólizas de vida grupo deudores vinculadas a cada una de las obligaciones de las que es titular el señor Grajales (constancia física, digital, correo electrónico o cualquier medio de remisión), con fecha y soporte de recibido.
4. Certificación expedida por el Banco BBVA sobre el mecanismo de inclusión del señor Grajales a las pólizas colectivas, en la que se indique si se informó previamente al deudor y en qué términos.
5. Oficio a la Superintendencia Financiera para que certifique si la aseguradora y el Banco BBVA registraron los clausulados generales de las pólizas colectivas de vida grupo deudores PÓLIZAS No. 02 105 0000121883 VGDB – 28415 y PÓLIZA 02 262 0000104391 VGDB- 28414, y desde qué fecha.
6. Oficio a la aseguradora para que allegue copia íntegra de las pólizas colectivas – PÓLIZAS No. 02 105 0000121883 VGDB – 28415 y PÓLIZA 02 262 0000104391 VGDB- 28414, con la carátula, condiciones generales, particulares y anexos, vigentes al momento de la suscripción.
7. **Prueba pericial contable** para que un perito determine los pagos efectuados por concepto de primas, con fechas y valores, y establezca si la

aseguradora recibió pagos posteriores al siniestro o a la objeción de la reclamación, como prueba de renuncia tácita a la prescripción.

8. Que la aseguradora BBVA Seguros certifique si, con ocasión de la suscripción de los seguros de vida grupo deudores (fechas 18 de diciembre de 2021 y 14 de febrero de 2022), ejerció la facultad otorgada por el asegurado para verificar su estado de salud mediante solicitud de historia clínica u otros medios, indicando qué gestiones realizó, la fecha de las mismas y su resultado.

Cordialmente,

ASTRID MORENO SÁNCHEZ

C.C.No. 37.626.553 de Puente Nacional S.S.

T. P. No. 175.173 del C. S. de J.

asesoriasjuridicas@amsseguros.net

Correo electrónico registrado en la URNA

ASESORIAS
JURIDICAS