Señores

**JUZGADO QUINTO (5) CIVIL MUNICPIAL DE BARRANQUILLA**

1. S. D.

|  |  |
| --- | --- |
| **REFERENCIA:** | VERBAL |
| **RADICADO:** | 08001405300520250029600 |
| **DEMANDANTE:** | IRINA ISABEL PEREZ PAZ |
| **DEMANDADO:** | BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. |

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

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

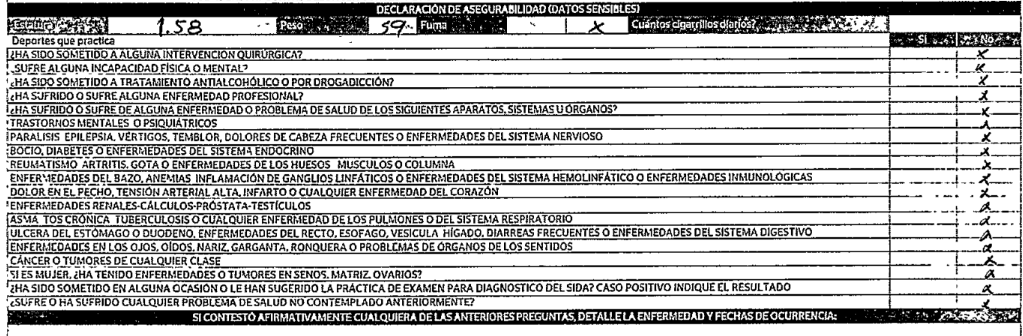
# CAPITULO I CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

# PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

**FRENTE AL HECHO PRIMERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Se aclara al despacho que, el Banco BBVA Colombia S.A., es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello

**FRENTE AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto parcialmente. Teniendo en cuenta que, el 30 de agosto de 2019 la señora IRINA ISABEL PEREZ solicitó su aseguramiento, que fue formalizada a través de la Póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 215 0000551230 certificado No. 0013-0158-62-4019763905 con mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar una obligación crediticia 0013-0158-00-9617799570 con el BANCO BBVA, Póliza que fue emitida el 11 de septiembre de 2019

Pese a lo anterior, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para el día 30 de agosto de 2019, no informó de la existencia de Trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008), enfermedades que conocía con anterioridad, pues negó padecer enfermedad alguna, tal como se evidencia**:**



***“Documento:*** *Declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021.”*

***Aparte citado:*** *“DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)*

*Deportes que practica*

*¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?  
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?  
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?  
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?  
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?*

***TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS***

*PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO*

*BOCA, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO*

**REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O ARTICULACIONES**

*ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES HEMOLINFÁTICAS O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS*

*DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL SISTEMA CIRCULATORIO*

*ENFERMEDADES RENALES, CÁLCULOS, PRÓSTATA, TESTÍCULOS*

***ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO***

*ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, HÍGADO FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO*

*ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS*

*CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE*

*SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, ¿OVARIOS?*

*¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO  
¿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:***.**

**FRENTE AL HECHO TERCERO:**  Es parcialmente cierto, si bien en el certificado de la póliza de seguro Vida Deudor No. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451, se estipula un valor asegurado de $90.000.000 por concepto de amparo por incapacidad total y permanente, dicho valor corresponde al monto inicial del crédito otorgado a la señora Irina Isabel Pérez Paz.

No obstante, debe señalarse que la señora Pérez Paz continuó efectuando los respectivos pagos periódicos sobre dicha obligación con ocasión a su deber contractual originada en el mutuo que aduce haber adquirido con el banco, razón por la cual no se puede tener como valor del presente proceso la suma de $90.000.000, pues será el valor asegurado vigente al momento del dictamen de pérdida de capacidad laboral el mismo saldo insoluto de la deuda, conforme a las condiciones generales de la póliza y a la naturaleza del seguro de vida deudor.

**FRENTE AL HECHO CUARTO:** No es cierto que la sociedad BBVA Colombia S.A. actúe por cuenta ajena o por cuenta de un tercero en el contrato de seguro identificado con la póliza No. 02215 0000551230. En realidad, BBVA Colombia S.A. ostenta la calidad de tomador y beneficiario oneroso, en virtud de haber sido la entidad financiera que otorgó el crédito a la señora Irina Isabel Pérez Paz, lo cual le confiere un interés asegurable legítimo, consistente en garantizar el reembolso del capital prestado en caso de siniestro.

Por su parte, la señora Irina Isabel Pérez Paz es la asegurada, toda vez que fue quien suscribió el contrato de seguro, así como quien declaró sobre su situación de asegurabilidad, la cual consiste en informar sobre las enfermedades preexistentes con las que contaba al momento de suscribir el negocio aseguraticio y sobre cuya vida o capacidad laboral recae el riesgo asegurado. Es precisamente el evento de su fallecimiento o incapacidad total y permanente el que activa la cobertura de la póliza.

En consecuencia, BBVA Colombia S.A. no actúa como representante ni por cuenta de la asegurada, sino como beneficiario oneroso, limitado al valor del saldo insoluto de la obligación financiera garantizada por la póliza.

**FRENTE AL HECHO QUINTO:** No es cierto, la señora Pérez Paz ostenta la calidad de asegurada del contrato, sobre cuya vida y capacidad laboral recae el riesgo asegurado. No obstante, no obtiene ningún beneficio dinerario, pues como se ha mencionado previamente, el único beneficiario oneroso es el Banco BBVA en el 100%. Lo anterior implica que no es cierta la apreciación de la parte demandante.

**FRENTE AL HECHO SEXTO:** No es cierto, en realidad, BBVA Colombia S.A. actúa como beneficiario oneroso, en virtud de haber otorgado el crédito garantizado por dicha póliza, lo que le confiere un interés asegurable limitado al valor del saldo insoluto de la obligación financiera al momento de la perdida de capacidad laboral

**FRENTE AL HECHO SÉPTIMO:** Es cierto, que a la señora IRINA ISABEL PEREZ A se le entregó la declaración de asegurabilidad. Sin embargo, a pesar de haber sido puesta en conocimiento de este documento, omitió revelar la existencia de unos padecimientos, trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015 ), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008) condiciones médicas que ya conocía previamente. En lugar de ello, negó padecer cualquier enfermedad, como se demuestra en la declaración de asegurabilidad de 30 de agosto de 2019. Si la aseguradora hubiera tenido conocimiento de esta circunstancia, podría haber desistido de la contratación o, en su defecto, haber establecido condiciones más onerosas. Por lo tanto, la omisión de esta información tiene consecuencias jurídicas claras. En virtud de ello, la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO OCTAVO:** Es parcialmente cierto, debe señalarse que si bien existen espacios en blanco, los mismos tienen la finalidad de ser llenados por la señora Pérez Paz, para que realice la respectiva declaración, quien ostenta la calidad de asegurada del contrato de seguro, tal y como lo hizo. En el documento consta expresamente su firma, lo que acredita su participación directa en el proceso de aseguramiento.

Asimismo, en dicha declaración, la señora Pérez Paz manifestó no padecer ninguna enfermedad, lo cual resulta contrario a la realidad médica conocida por ella al momento de la suscripción de dicha declaración. En efecto, existen antecedentes clínicos previos que evidencian diagnósticos de: Trastorno de ansiedad especificado (F41.8), diagnosticado el 1 de octubre de 2015, Disfonía, diagnosticada el 15 de mayo de 2015 y Fibromialgia, con diagnóstico aproximado desde el año 2008. Si la aseguradora hubiera tenido conocimiento de esta circunstancia, podría haber desistido de la contratación o, en su defecto, haber establecido condiciones más onerosas. Por lo tanto, la omisión de esta información tiene consecuencias jurídicas claras. En virtud de ello, la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

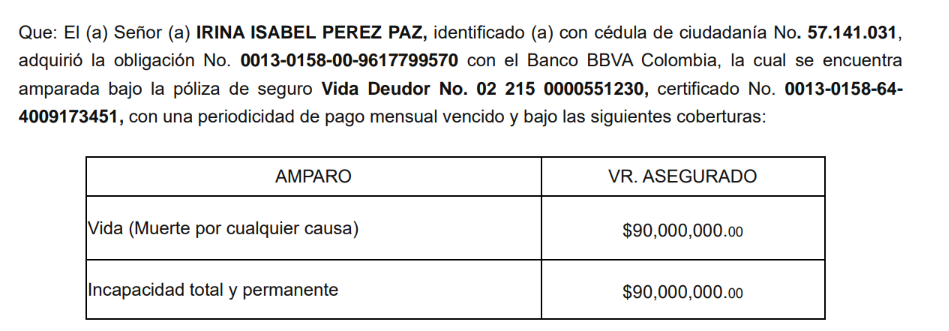
**FRENTE AL HECHO NOVENO:** No es un hecho, es una simple manifestación subjetiva que realiza la parte actora.

Se aclara que, no existe un deber de realizar exámenes médicos para las compañías aseguradoras, especialmente en los seguros de vida. Este planteamiento se fundamenta primordialmente en el artículo 1158 del Código de Comercio, el cual establece inequívocamente que, aunque el asegurador prescinda de dicho examen o averiguaciones adicionales, el asegurado no queda eximido de su deber de declarar sinceramente los hechos que determinan el estado del riesgo (conforme al artículo 1058 del mismo código) ni de las sanciones por su incumplimiento. Esta obligación del asegurado se enraíza en el principio de ubérrima bona fidei (máxima buena fe), esencial en los contratos de seguro, que impone al tomador la carga de no solo emplear la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requerida en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiestes con la máxima calidad, esa buena fe llevada al extremo, pues es este quien posee el conocimiento directo y detallado de sus propias circunstancias y, por ende, de la magnitud del riesgo que traslada. Tanto la Corte Constitucional (en sentencias como la T-058 de 2016 y C-232 de 1997) como la Corte Suprema de Justicia (en fallos como el del 4 de marzo de 2016), junto con la doctrina especializada y la Superintendencia Financiera, han ratificado consistentemente esta postura, subrayando que exigir a la aseguradora agotar todos los medios para conocer el riesgo desdibujaría la obligación del asegurado y desconocería la naturaleza del contrato, que se basa en la confianza y la información proporcionada por quien busca el amparo. Se recalca que la profesionalidad de la aseguradora no implica una obligación de verificación exhaustiva previa, pues la responsabilidad principal de la declaración veraz recae en el tomador o asegurado individualmente considerado, incluso en seguros colectivos.

 En conclusión, la decisión de la aseguradora de no realizar averiguaciones excesivas es una facultad discrecional y no una omisión que le impida, posteriormente, alegar la nulidad relativa del contrato por reticencia o declaración inexacta, toda vez que la carga primordial de informar verazmente sobre el estado del riesgo recae sobre el asegurado, y su incumplimiento puede acarrear la invalidez del seguro.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO:** No es cierto, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 11137 del Código de Comercio colombiano, el interés asegurable recae sobre el patrimonio de la entidad financiera BBVA Colombia S.A., en tanto que fue quien otorgó el crédito a la señora Irina Isabel Pérez Paz, y por lo tanto, se encuentra expuesta al riesgo de no recuperar el capital prestado en caso de que la asegurada fallezca o sufra una incapacidad total y permanente que le impida cumplir con sus obligaciones crediticias. Este interés económico legítimo es el que justifica la calidad de beneficiario oneroso de BBVA Colombia S.A. dentro del contrato de seguro.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO:** Es cierto, los riesgos amparados dentro de la Póliza la de seguro Vida Deudor No. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451, son los de muerte o incapacidad total o permanente:

****

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO:** No es cierto, Según la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, previo a la declaración de asegurabilidad el 30 de agosto de 2019, presentaba varios diagnósticos de salud tales como: trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008) condiciones médicas que ya conocía previamente. En lugar de ello, negó padecer cualquier enfermedad, como se demuestra en la declaración de asegurabilidad de 30 de agosto de 2019. En tal sentido, si la aseguradora hubiera tenido conocimiento de esta circunstancia, podría haber desistido de la contratación o, en su defecto, haber establecido condiciones más onerosas. Por lo tanto, la omisión de esta información tiene consecuencias jurídicas claras. En virtud de ello, la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO TERCERO:** No es cierto, tal como se desprende de las historias clínicas expedidas por la Clínica General del Norte, la señora Irina Isabel Pérez Paz presentaba antecedentes médicos claros y reiterados de fibromialgia, disfonía y trastornos de ansiedad desde fechas muy anteriores al año 2022:

* En historia clínica de 11 de noviembre de 2015, se documenta un cuadro de fibromialgia lumbar, con afectación emocional derivada de la situación familiar, lo que ya evidenciaba un componente psicosomático relevante.
* En historia clínica de 1 de octubre de 2015, se consigna el diagnóstico de trastorno de ansiedad especificado (F41.8), y se establece un plan de manejo psicológico con seguimiento clínico, lo que demuestra que la paciente ya se encontraba bajo tratamiento por afectaciones de salud mental.
* En historia clínica de 15 de mayo de 2019, se registran antecedentes de disfonía, reflujo gastroesofágico y faringoamigdalitis, con sintomatología persistente que motivó múltiples consultas médicas.
* En historia clínica de 9 de septiembre de 2019, se documenta nuevamente un cuadro de disfonía y disnea episódica, lo que evidencia la continuidad del padecimiento.
* En historia clínica de 11 de marzo de 2021, la paciente refiere haber padecido fibromialgia desde hace trece años, lo que sitúa el inicio del cuadro clínico en el año 2008.
* En historia clínica de 15 de marzo de 2022, se confirma la persistencia de la fibromialgia, el dolor generalizado, el trastorno del sueño y la afectación emocional, con referencia expresa a un conflicto en el ámbito laboral, lo que agrava el cuadro psíquico.

En consecuencia, no es cierto que los quebrantos de salud mental hayan iniciado en 2022, pues existen registros médicos fehacientes que demuestran que la señora Irina Isabel Pérez Paz, presentaba diagnósticos claros y padecía trastornos de ansiedad desde al menos el año 2015, y que dichos padecimientos fueron omitidos en su declaración de asegurabilidad suscrita en agosto de 2019.

Tal omisión configura un supuesto claro de reticencia, conforme al Artículo 1058 del Código de Comercio, el cual establece que toda declaración reticente de hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato o lo hubieran inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad del contrato de seguro.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO:** Es cierto que la Junta Regional de Calificación de Invalidez determinó una pérdida de capacidad laboral equivalente al 100% para la señora Irina Isabel Pérez Paz, Dicha decisión fue notificada el día 31 de mayo de 2023, lo que acredita su condición de invalidez total y permanente. .Sin embargo, debe señalarse que el extremo activo busca inducir a error, dado que dicha perdida de la capacidad laboral tuvo como fundamento enfermedades diagnosticadas de manera previa a la declaración de asegurabilidad, como lo fue su trastorno de ansiedad diagnosticado en el año 2015.

Sin perjuicio de los anterior debe señalarse que pese a que BBVA SEGUROS DE VIDA S.A expidió la Póliza Vida Grupo o. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451. Debe advertirse, que con ocasión a la invalidez de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, no hay lugar a hacer efectiva la Póliza Vida Grupo Deudores. Lo anterior, como quiera que la señora PEREZ PAZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurado negó en el momento de celebrar el contrato de seguro eran supremamente relevantes para el Asegurador. Puesto que si mi representada hubiera conocido de sus padecimientos: trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008), evidentemente la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia. Por lo anterior, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO:** Es cierto, que la fecha de estructuración de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ según la JUNTA REGIONAL DE PERDICA DE CAPCIDAD LABORAL es del 9 de mayo de 2023, debe señalarse que con dicha afirmación se pretende inducir en error, pues pese a la fecha de emisión de la PCL, la misma tuvo como fundamento enfermedades diagnosticadas anteriores a la declaración de asegurabilidad de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ.

Unido a lo anterior, se precisa que la asegurada presentaba padecimientos tales como: : trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015 ), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008), anteriores a la declaración de asegurabilidad por ella suscrita el 30 de agosto de 2019, patología que de haber sido conocidas por mi representada evidentemente la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él.

Por lo anterior, es dable concluir que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO:** Es parcialmente cierto, pues si bien para la fecha en que la señora IRINA ISABEL PEREZ fue notificada del dictamen de perdida de la capacidad laboral la Póliza Vida Grupo No. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451, se encontraba vigente, lo cierto es que se pretende inducir en error al despacho al señalar que por su mera vigencia, existe lugar a un deber indemnizatorio..

Es por ello que debe advertirse, que con ocasión a la invalidez de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, no hay lugar a hacer efectiva la precitada Póliza. Lo anterior, como quiera que la señora PEREZ PAZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurada negó en el momento de celebrar el contrato de seguro eran supremamente relevantes para el Asegurador. Puesto que si mi representada hubiera conocido de sus padecimientos: trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008), evidentemente la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para concluir que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO**: Esta afirmación constituye una interpretación sesgada y acomodada del clausulado general de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores, específicamente en lo que respecta al amparo por incapacidad total o permanente. El contenido de dicha cláusula debe ser analizado conforme a su redacción literal, su finalidad garantista, y los principios de interpretación contractual previstos en el Código Civil y el Código de Comercio, sin distorsionar su alcance ni desnaturalizar las condiciones pactadas entre las partes. No significa aquello que, con ocasión al alcance de la póliza, el asegurado no se encontraba obligado a declarar adecuadamente el estado de riesgo, ni significa que la póliza opere de forma automática e irrestricta, pues la relevancia de las preguntas se presenta de suma relevancia para tarifar adecuadamente el riesgo, cosa que no se hizo ante la reticencia de la señora Pérez.

Contrario a lo señalado por la parte actora, para que se ampare el riesgo de la incapacidad total y permanente es necesario que no haya sido provocada por el asegurado. Unido a lo anterior debe señalarse que el mismo clausulado señala que si el asegurado es reticente o inexacto, se dará aplicación a lo señalado en el artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO:** Es parcialmente cierto, Para la fecha en que se refiere la parte demandante en su hecho se presentó una **solicitud de indemnización** ante mi representada, la cual atendió de manera acuciosa y con celeridad, haciendo el estudio pertinente de fondo y emitiendo una respuesta final por medio de la cual se objetó formalmente cualquier solicitud de indemnización respecto de la Póliza Vida Grupo No. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO:** Es cierto el 4 de julio de 2024, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A objetó la solicitud de indemnización. Dado que, pese a la declaración de invalidez de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, no hay lugar a hacer efectiva la precitada Póliza. Lo anterior, como quiera que la señora PEREZ PAZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurada negó en el momento de celebrar el contrato de seguro eran supremamente relevantes para el Asegurador. Puesto que si mi representada hubiera conocido de sus padecimientos: trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008), evidentemente la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para concluir que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia, es por lo anterior que mi representada, objeto en los términos de las comunicaciones conocidas:

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO:** Es una apreciación jurídica, subjetiva y errada del accionante. En tal sentido, de la Historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, se tiene que de manera previa a la declaración de asegurabilidad de 30 de agosto de 2019, ya tenía padecimiento tales como, trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). Estos diagnostico son preexistente y de haber sido conocido por mi representada la hubieran llevado a retraerse de celebrar el contrato de seguro o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él. .

En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia, que además también se encuentra en el clausulado general de la Póliza vida Grupo Deudores.

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO:** No es un hecho es una apreciación subjetiva de la parte actora que me permito contestar así:

La afirmación según la cual BBVA SEGUROS DE VIDA aseguró el riesgo de incapacidad total y permanente “*abarcando preexistencias, incluso las causadas intencionalmente por el asegurado”* resulta abiertamente errónea y contraria al contenido del clausulado general de la póliza, así como a las disposiciones legales que rigen el contrato de seguro en Colombia.

En primer lugar, el condicionado general de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores establece que el amparo por incapacidad total y permanente opera únicamente cuando el asegurado ha declarado de forma veraz y completa su estado de salud, y que cualquier reticencia o inexactitud en dicha declaración dará lugar a la aplicación del Artículo 1058 del Código de Comercio, el cual dispone que:

En el presente caso, la señora Irina Isabel Pérez Paz omitió declarar patologías preexistentes y clínicamente documentadas, tales como, Fibromialgia, con diagnóstico desde aproximadamente el año 2008, Trastorno de ansiedad, diagnosticado desde el 1 de octubre de 2015 y Disfonía, con antecedentes desde el 15 de mayo de 2015

Estas condiciones médicas constan en su historia clínica expedida por la Clínica General del Norte, y eran plenamente conocidas por la asegurada al momento de suscribir su declaración de asegurabilidad en agosto de 2019. La omisión de estos antecedentes constituye una reticencia sustancial, que afecta directamente la valoración del riesgo por parte de la aseguradora.

Reiteramos que existe una diferencia sustancial entre las condiciones generales del contrato de seguro y el consentimiento otorgado por la aseguradora de forma viciada. Este último tiene prevalencia sobre las condiciones del seguro, en tanto que de dicho consentimiento viciado se deriva la nulidad relativa prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio. La operancia de esta nulidad, por tener origen legal, prima sobre las estipulaciones convencionales del contrato, lo que implica que, ante la existencia de un vicio en el consentimiento, las condiciones generales pactadas no pueden ser invocadas para desvirtuar los efectos jurídicos de la nulidad.

En consecuencia, no puede afirmarse que el asegurador haya asumido el riesgo de preexistencias no declaradas, ni mucho menos aquellas derivadas de una conducta intencional del asegurado. Tal interpretación desnaturaliza el contrato de seguro, vulnera el principio de buena fe contractual, y desconoce el marco legal que regula la validez del aseguramiento. Por lo tanto, la objeción formulada por la compañía aseguradora se encuentra plenamente justificada, y la nulidad del contrato procede conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, en virtud de la reticencia grave en que incurrió la señora Pérez Paz al momento de perfeccionar el contrato.

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO:** No se trata de un hecho, sino de una apreciación subjetiva de la parte actora, CARMENte de sustento fáctico y jurídico. La afirmación según la cual la compañía de seguros se encuentra incumpliendo la prestación de dar, consistente en el pago del valor asegurado una vez ocurrido el siniestro, conforme al contrato de seguro de vida / póliza No. 02215 0000551230, desconoce las condiciones contractuales pactadas y el marco legal que rige la materia.

La aseguradora no ha incurrido en incumplimiento alguno, sino que ha ejercido válidamente su facultad de objeción del siniestro, con fundamento en la reticencia en que incurrió la señora Irina Isabel Pérez Paz al momento de suscribir su declaración de asegurabilidad en agosto de 2019, pues, tal como se desprende de la historia clínica expedida por la Clínica General del Norte, la señora Pérez Paz omitió declarar condiciones médicas preexistentes, clínicamente diagnosticadas y conocidas por ella, tales como: Fibromialgia, con diagnóstico desde aproximadamente el año 2008, Trastorno de ansiedad, diagnosticado desde el 1 de octubre de 2015 y Disfonía, con antecedentes desde el 15 de mayo de 2015

Estas patologías eran relevantes para la correcta apreciación del riesgo asegurado, y su ocultamiento impidió que la compañía pudiera valorar adecuadamente la suscripción del contrato. En consecuencia, se configura el supuesto previsto en el Artículo 1058 del Código de Comercio, por tanto, el contrato de seguro debe ser declarado nulo, en virtud de la reticencia de la asegurada, lo que excluye cualquier obligación de pago por parte de la aseguradora.

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO:**  No me consta lo afirmado en el presente hecho, pues se trata de circunstancias que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no conoce. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

# PRONUNCIAMENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por la demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Por cuanto, el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurada la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ deben ser declarados nulos según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que la mentada señora suscribió el certificado individual de seguro.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERO”:** Me opongo a la PRIMERA pretensión elevada por la parte Accionante, ya que si bien, a la asegurada se le dictaminó una pérdida de la capacidad laboral del 100%, lo cierto es que, el amparo de Incapacidad total y permanente, y en general la Póliza seguro Vida Grupo Deudores, no puede ser afectada, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía 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 mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó expresamente si padecía de alguna de las patologías enlistadas o *cualquier problema de salud no contemplado en el formulario* frente a lo que respondió negativamente quedando así evidenciado que fue reticente y la consecuencia será la declaratoria de nulidad de los contratos y la imposibilidad de imponer obligación alguna a mi mandante.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO”:** Me opongo a la SEGUNDA pretensión elevada por la parte Accionante, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para hacer efectivo el contrato de seguro, contraídos por IRINA ISABEL PEREZ PAZ, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía 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 mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó expresamente si padecía de alguna de las patologías enlistadas o *cualquier problema de salud no contemplado en el formulario* frente a lo que respondió negativamente quedando así evidenciado que fue reticente y la consecuencia será la declaratoria de nulidad de los contratos y la imposibilidad de imponer obligación alguna a mi mandante.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERO”:** Me opongo a la TERCERA pretensión por sustracción de materia, en tanto no le asiste obligacion alguna a mi representada, no obstante, me permito pronunciarme frente a cada aspecto de forma separada así:

* Ninguna suma puede ser reconocida a BBVA COLOMBIA S.A, dado que no le asiste obligación alguna a mi representada para hacer efectivo el contrato de seguro, contraídos por IRINA ISABEL PEREZ PAZ, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía 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 mucho más onerosas en ellos.
* No es jurídicamente viable condenar a la BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. al reconocimiento de pago alguno por concepto de intereses moratorios, debido a que, para que una persona se encuentre en mora en el cumplimiento de sus obligaciones, será necesaria la existencia previa de obligaciones susceptibles de cumplimiento. De forma que, ante la inexistencia de responsabilidad de la parte demandada, no resulta procedente imponer o acordar el pago de suma alguna en favor de los demandantes. En este sentido, no resulta procedente hablar de mora ante la inexistencia de obligaciones susceptibles de ser cumplidas.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “CUARTO”:** Me opongo a la CUARTA pretensión por sustracción de materia, en tanto no le asiste obligacion alguna a mi representada, frente al reconocimiento de una suma al favor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ es improcedente comoquiera que en el ámbito de aplicación de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros.

Además, la póliza vida grupo deudore N. 02 215 0000551230 ampara la obligación y por ende es el saldo insoluto lo que se reconocería y no más allá de ello.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “QUINTO”: ME OPONGO** a la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor.

**OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES SUBSIDIARIAS:**

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERO” subsidiaria:** ME OPONGO A LA PRIMERA pretensión subsidiaria por cuanto la reticencia en Pólizas de Vida Grupo Deudor, solo puede provenir del potencial asegurado, en tanto es la única parte dentro de la relación contractual que conoce de manera directa y completa su estado de salud. En el presente caso, dicha condición recae exclusivamente en la señora Irina Isabel Pérez Paz, quien, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad en agosto de 2019, omitió informar sobre patologías preexistentes, diagnosticadas y clínicamente documentadas, tales como fibromialgia, trastorno de ansiedad y disfonía, todas conocidas por ella con anterioridad a la celebración del contrato.

Unido a lo anterior, se debe señalar que no existe un error inculpable por parte del tomador en tanto, este se configura únicamente cuando no se tiene conocimiento de las condiciones que alteran el estado del riesgo declarado. En el presente caso, resulta claro que la señora Irina Isael Pérez conocía sus padecimientos o enfermedades y, sin embargo, los omitió deliberadamente. Máxime cuando dichos padecimientos cuentan con diagnóstico desde aproximadamente el año 2008.

En tal sentido es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía 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 mucho más onerosas en ellos.

.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente si padecía de alguna de las patologías enlistadas o *cualquier problema de salud no contemplado en el formulario* frente a lo que respondió negativamente quedando así evidenciado que fue reticente y la consecuencia será la declaratoria de nulidad de los contratos y la imposibilidad de imponer obligación alguna a mi mandante

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO” subsidiaria:** ME OPONGO A LA SEGUNDA pretensión subsidiaria por **cuanto** si bien, a la asegurada se le dictaminó una pérdida de la capacidad laboral del 100%, lo cierto es que, el amparo de Incapacidad total y permanente, y en general la Póliza seguro Vida Grupo Deudores, no puede ser afectada, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía 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 mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente si padecía de alguna de las patologías enlistadas o *cualquier problema de salud no contemplado en el formulario* frente a lo que respondió negativamente quedando así evidenciado que fue reticente y la consecuencia será la declaratoria de nulidad de los contratos y la imposibilidad de imponer obligación alguna a mi mandante.

.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERO” subsidiaria:** Me opongo a la TERCERA pretensión por sustracción de materia, en tanto no le asiste obligacion alguna a mi representada, no obstante, me permito pronunciarme frente a cada aspecto de forma separada así:

* Ninguna suma puede ser reconocida a BBVA COLOMBIA S.A, dado que no le asiste obligación alguna a mi representada para hacer efectivo el contrato de seguro, contraídos por IRINA ISABEL PEREZ PAZ, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía 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 mucho más onerosas en ellos.
* No es jurídicamente viable condenar a la BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. al reconocimiento de pago alguno por concepto de intereses moratorios, debido a que, para que una persona se encuentre en mora en el cumplimiento de sus obligaciones, será necesaria la existencia previa de obligaciones susceptibles de cumplimiento. De forma que, ante la inexistencia de responsabilidad de la parte demandada, no resulta procedente imponer o acordar el pago de suma alguna en favor de los demandantes. En este sentido, no resulta procedente hablar de mora ante la inexistencia de obligaciones susceptibles de ser cumplidas.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “CUARTO” subsidiaria:** Me opongo a la CUARTA pretensión por sustracción de materia, en tanto no le asiste obligacion alguna a mi representada, frente al reconocimiento de una suma al favor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ es improcedente comoquiera que en el ámbito de aplicación de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros.

Además, la póliza vida grupo deudore N. 02 215 0000551230 ampara la obligación y por ende es el saldo insoluto lo que se reconocería y no más allá de ello.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “QUINTO” SUBSIDIARIA: ME OPONGO** a la pretensión QUINTA subsidiaria a la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor.

# OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Me permito de manera enfática objetar el juramento estimatorio realizado por la parte demandante comoquiera que dicha estimación se encuentra lejos de ser una estimación razonada de la cuantía por cuanto es claro que, en este caso, el aseguramiento debe ser declarado nulo debido a la reticencia con que el asegurado declaró el estado del riesgo.

Nulidad relativa del contrato de seguro: la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ 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 relevancia, debido a que LA entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008) que padecía la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

De manera precisa, en cuanto el juramento estimatorio pretende servir como medio de prueba siempre que no sea objetado por la parte demandante, me permito indicar que de ninguna manera puede tenerse como prueba de las pretensiones las sumas relacionadas por la accionante. Como quiera que la Póliza Vida Grupo Deudores N.022150000551230.está viciada de nulidad por reticencia.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

# EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

## **NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR N. 02 215 000551230**

Es fundamental que, desde ahora, el Despacho tenga en cuenta que la asegurada, IRINA ISABE PERE PAZ, fue reticente, ya que, al momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar de manera sincera el estado del riesgo. En efecto, no informó a la Compañía Aseguradora sobre sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, los cuales incidieron, alteraron y agravaron de forma significativa el riesgo asegurado. Dichas condiciones comprenden trastorno de ansiedad especificados desde el 1 de octubre de 2015, disfonía desde el 15 de mayo de 2019, y fibromialgia desde hace 13 años de acuerdo con su historia clínica. De haberse conocido oportunamente esta información por parte de mi representada se habría abstenido de celebrar el contrato o, en su defecto, habría fijado condiciones más onerosas.

En términos generales, la reticencia en el contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones o declaraciones inexactas de los asegurados respecto a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su razón en la medida en que son los tomadores los que conocen a la perfección todas las condiciones y características del estado del riesgo que buscan salvaguardar y que por ende trasladan a las aseguradoras, así entonces, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, estos deben ser informados claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

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

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*

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

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

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

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

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

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

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

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

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto****, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.*** *Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

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

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”[[3]](#footnote-3)*(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

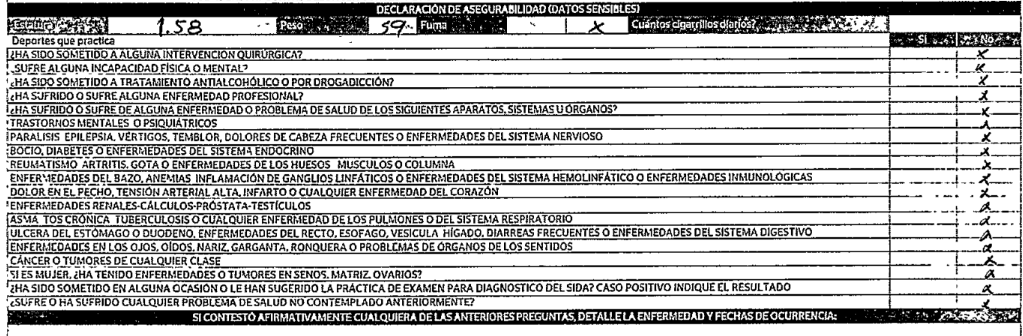
*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cumulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador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

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual la asegurada solicitó su aseguramiento, se le formularon unos cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad), en los cuales las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 30 de agosto de 2019, fecha de su declaración de asegurabilidad, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citadas declaraciones de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ y que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

* **Declaración de asegurabilidad del 30 de agosto de 2019, obligación No** **013-0158-00 96177995700**

***“Documento:*** *Declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021.”*

***Aparte citado:*** *“DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)*

*Deportes que practica*

*¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?  
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?  
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?  
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?  
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?*

***TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS***

*PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO*

*BOCA, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO*

**REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O ARTICULACIONES**

*ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES HEMOLINFÁTICAS O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS*

*DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL SISTEMA CIRCULATORIO*

*ENFERMEDADES RENALES, CÁLCULOS, PRÓSTATA, TESTÍCULOS*

***ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO***

*ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, HÍGADO FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO*

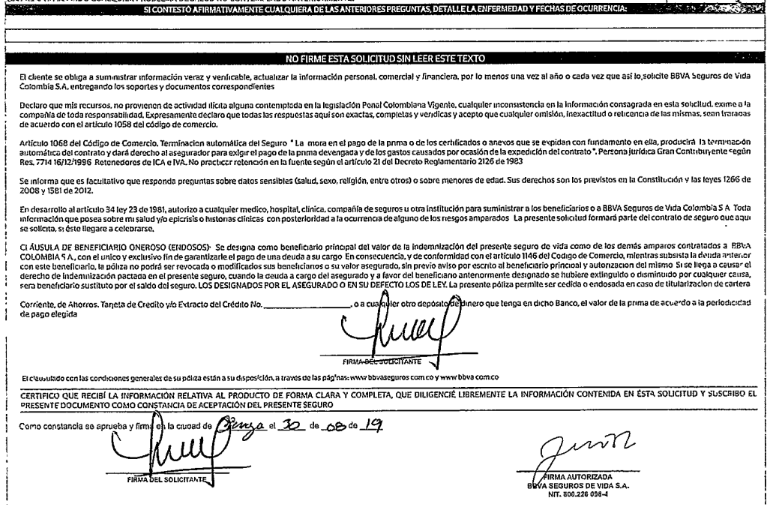
*ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS*

*CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE*

*SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, ¿OVARIOS?*

*¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO  
¿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:*



***“Documento:*** *Declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021.”*

***Aparte citado: NO FIRME ESTA SOLICITUD SIN LEER ESTE TEXTO***

*El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.*

*Declaro que mis recursos no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana vigente. Cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud exime a la compañía de toda responsabilidad, exonerando a la compañía en todo caso. Completa y verídicamente, cualquier omisión, inexactitud o el retiro de las mismas serán tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.*

*Artículo 1068 del Código de Comercio – Terminación automática del seguro:  
“La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, produce la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para* ***retener la parte de prima que corresponda a la excepción del contrato.”***

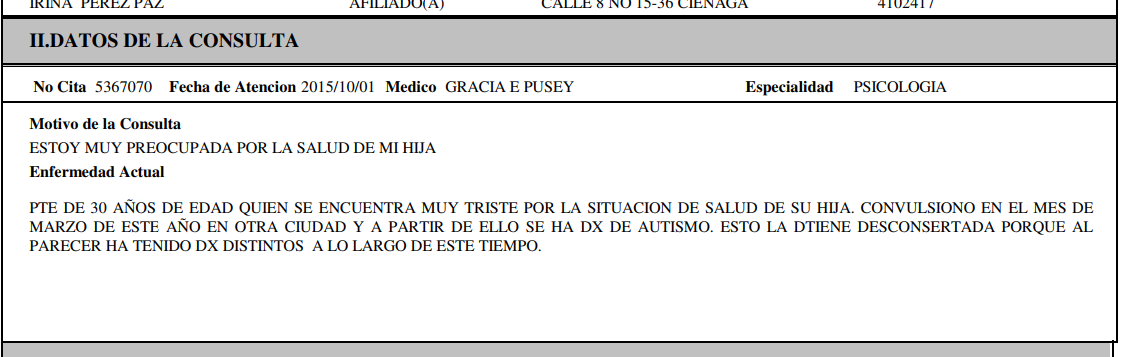
En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora IRINA ISABEL PEREZ respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Lo mencionado, debido a que la entonces Asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Maxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él.

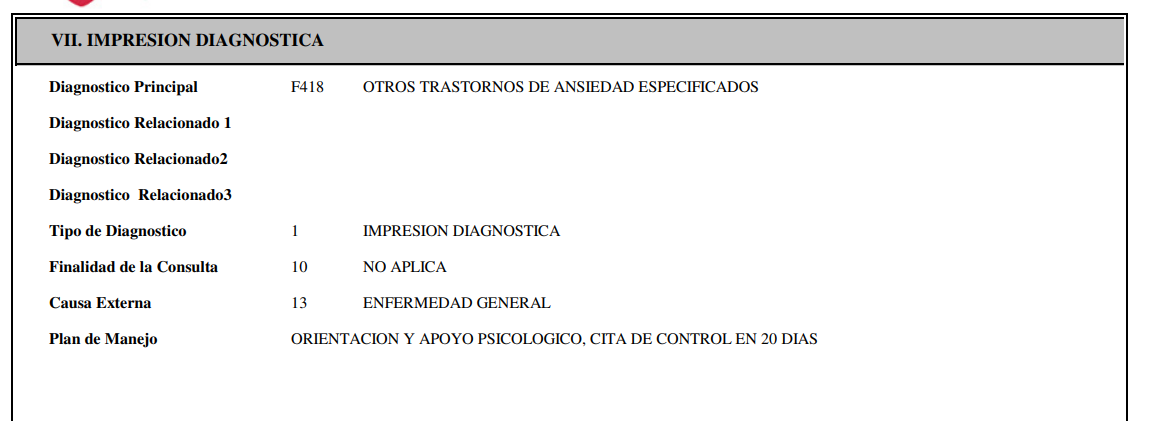
Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ no informó a mi representada que padecía de fibromialgia desde hace 13 años , disfonía desde el 15 de mayo de 2019 y trastorno de ansiedad desde el 1 de octubre de 2015, así como hernia epigástrica desde julio de 2019 lo anterior según historia clínica aportada, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador, con lo que queda acreditado que estas patologías son anteriores al 30 de agosto de 2019, fecha en la que diligenció la declaración de asegurabilidad.

Así entonces veremos cómo los diagnósticos del asegurado eran anteriores a la fecha de suscripción de la primera declaración de asegurabilidad, tal como se observa a continuación:

**TRASTORNO DE ANSIEDAD:**

Fecha de atención: 1 de octubre de 2015





**Documento:** *Historia Clínica CLINICA GENERAL DEL NORTE. de 11 de noviembre de 2015*

***Trascripción esencial:*** *No Cita Medico Especialidad: PSICOLOGIA*

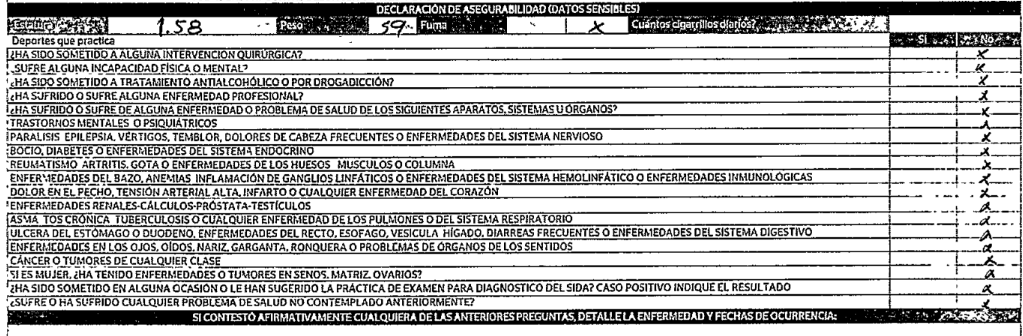
*Motivo de la Consulta ESTOY MUY PREOCUPADA POR LA SALUD DE MI HIJA Enfermedad Actual PTE DE 30 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA MUY TRISTE POR LA SITUACION DE SALUD DE SU HIJA. CONVULSIONO EN EL MES DE MARZO DE ESTE AÑO EN OTRA CIUDAD Y A PARTIR DE ELLO SE HA DX DE AUTISMO. ESTO LA DTIENE DESCONSERTADA PORQUE AL PARECER HA TENIDO DX DISTINTOS A LO LARGO DE ESTE TIEMPO.*

*(…)*

***Diagnostico Principal****: F418 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS*

Así mismo, según consta en la historia clínica expedida por la Clínica General del Norte con fecha 1 de octubre de 2015, la señora Irina Isabel Pérez fue atendida por el servicio de psicología, en el cual se le diagnosticó como trastorno principal un *“Trastorno de ansiedad especificado*”, identificado con el código F418 En atención a su estado de salud mental, se estableció un plan de manejo consistente en orientación y apoyo psicológico, programándose una cita de control en un plazo de 20 días. Lo anterior permite evidenciar que el diagnóstico fue reconocido clínicamente y se encontraba bajo tratamiento especializado.

En ese sentido, resulta claro que, la señora IRINA PEREZ PAZ tenía pleno conocimiento del diagnóstico de trastorno de ansiedad y este fue preguntado directamente en la declaración de asegurabilidad de 30 de agosto de 2021, como se puede observar a continuación:



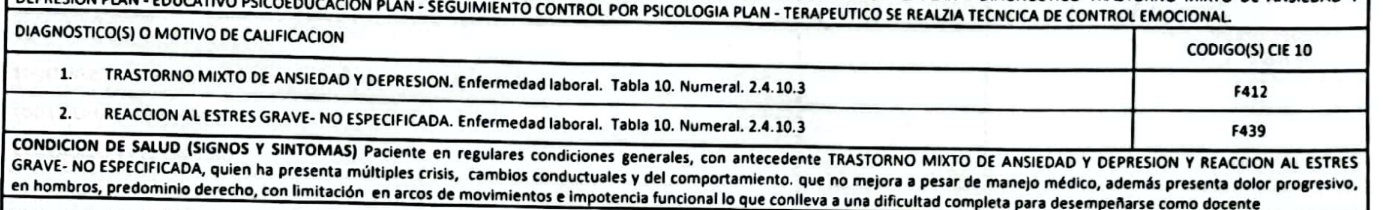
***“Documento:*** *Declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021.”*

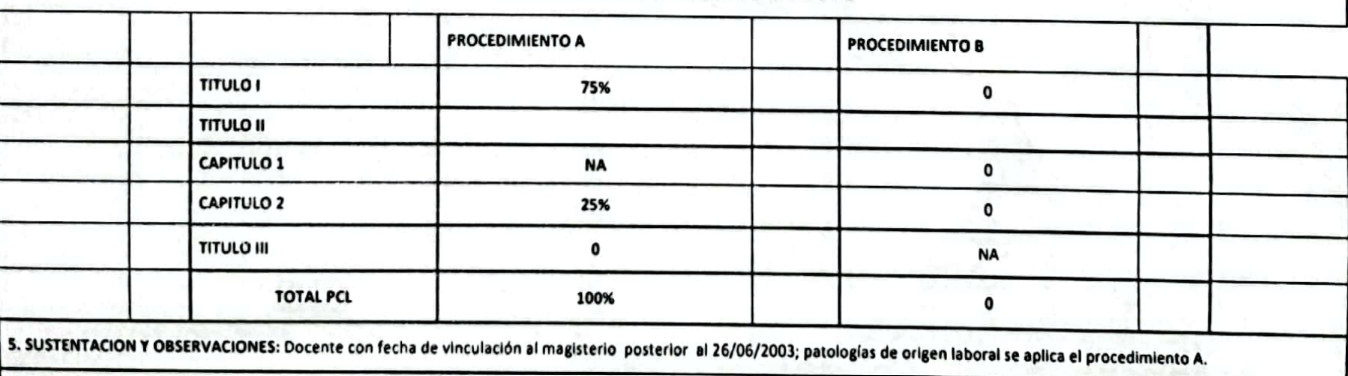
***Aparte citado:*** *“DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)*

*(…)* ***TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS (...)”***

Pese a lo anterior, la señora IRINA ISABEL PEREZ optó por no revelarlo a la aseguradora. Tal omisión constituye una conducta reticente en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, en tanto se ocultó un antecedente médico relevante que afectaba directamente la valoración del riesgo, lo cual conlleva la nulidad del contrato de seguro celebrado bajo dichas condiciones.

En armonía con lo mencionado, el diagnóstico de trastorno de ansiedad fue de suma importancia para que los profesionales de la salud determinaran la pérdida de capacidad laboral de la señora Irina Isabel Pérez Paz, pues fue precisamente este diagnóstico, junto con otros de índole mental, el motivo de la calificación. Una vez evaluados en conjunto, se estableció una pérdida de capacidad laboral equivalente al 100%.

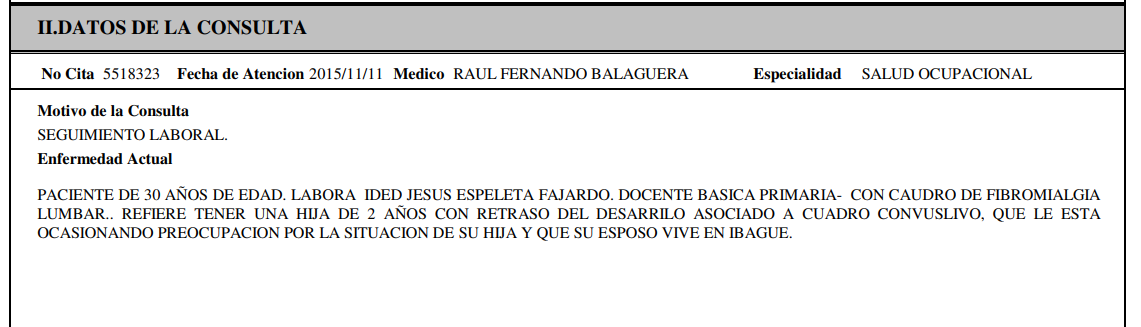




En consecuencia, resulta evidente que la señora IRINA ISABEL PÉREZ PAZ tenía pleno conocimiento del diagnóstico de trastorno de ansiedad, el cual fue preguntado de forma expresa en la declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021, y pese a ello optó por no revelarlo a la aseguradora. Esta omisión configura una conducta reticente en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, al ocultar un antecedente médico relevante que incide directamente en la valoración del riesgo y que, por tanto, da lugar a la nulidad del contrato de seguro. Además, dicho diagnóstico fue determinante para que los profesionales de la salud calificaran una pérdida de capacidad laboral del 100 %, lo que reafirma su relevancia y la gravedad de su ocultamiento en el contexto asegurador.

**FIBRIOMALGIA:**

* **2015**

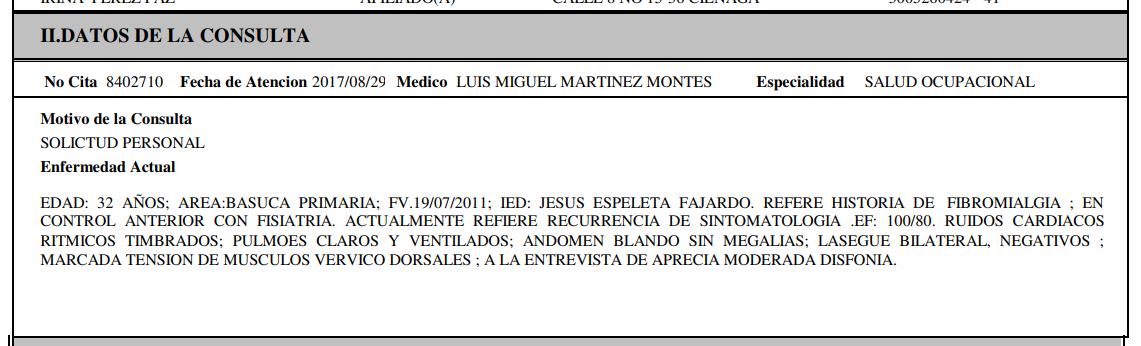


**Documento:** *Historia Clínica CLINICA GENERAL DEL NORTE. de 11 de noviembre de 2015*

***Trascripción esencial:*** *Enfermedad Actual*

*PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD. LABORA EN IDED JESÚS ESPELETA FAJARDO COMO DOCENTE DE BÁSICA PRIMARIA.* ***PRESENTA CUADRO DE FIBROMIALGIA LUMBAR****. REFIERE TENER UNA HIJA DE 2 AÑOS CON RETRASO DEL DESARROLLO ASOCIADO A CUADRO CONVULSIVO, LO CUAL LE ESTÁ OCASIONANDO PREOCUPACIÓN POR LA SITUACIÓN DE SU HIJA. SU ESPOSO VIVE EN IBAGUÉ..*

* **2017**

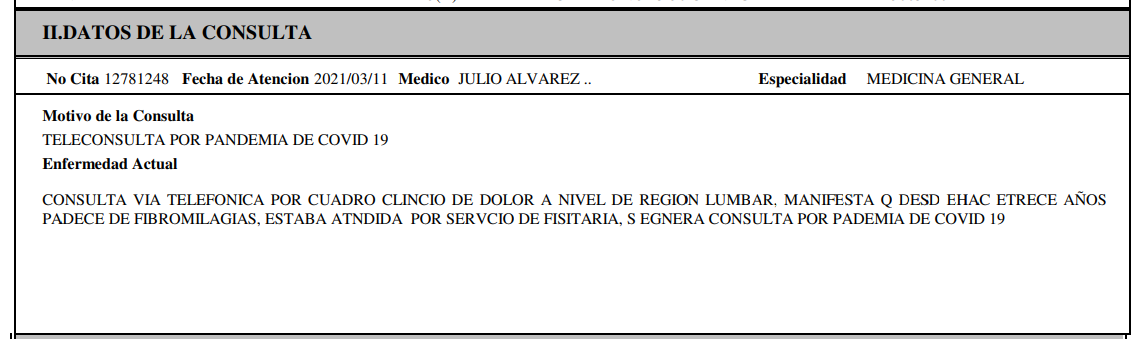


**Documento:** *Historia Clínica CLINICA GENERAL DEL NORTE. de 29 de agosto de 2017*

***Trascripción esencial:******Enfermedad Actual***

*EDAD:32 AÑOS ÁREA: BÁSICA PRIMARIA FECHA DE INGRESO: 19/07/2011 INSTITUCIÓN EDUCATIVA: JESÚS ESPELETA FAJARDO. REFIERE HISTORIA* ***DE FIBROMIALGIA; EN CONTROL ANTERIOR CON FISIATRÍA. ACTUALMENTE REFIERE RECURRENCIA DE SINTOMATOLOGÍA****.*

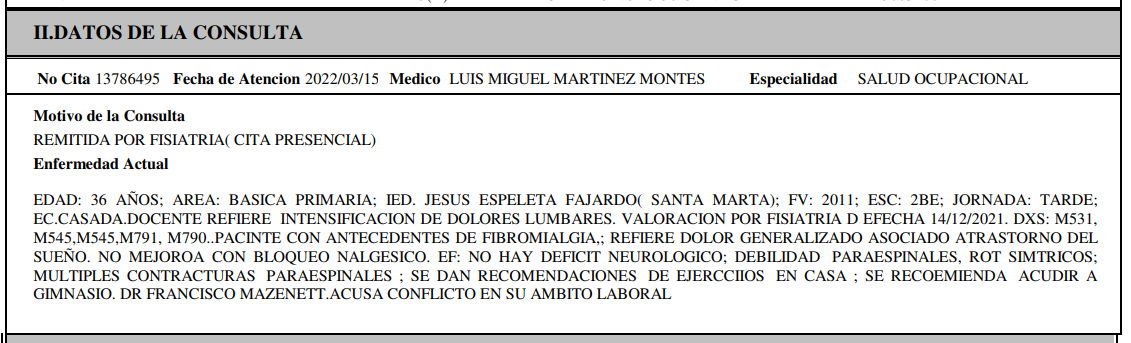
* ***2021***



**Documento:** *Historia Clínica CLINICA GENERAL DEL NORTE. de 11 de marzo de 2021*

***Trascripción esencial:******Enfermedad Actual:*** *CONSULTA VIA TELEFONICA POR* ***CUADRO CLINCIO DE DOLOR A NIVEL DE REGION LUMBAR, MANIFESTA Q DESD EHAC ETRECE AÑOS PADECE DE FIBROMILAGIAS,*** *ESTABA ATNDIDA POR SERVCIO DE FISITARIA, S EGNERA CONSULTA POR PADEMIA DE COVID 19”*

* **2022**



**Documento:** *Historia Clínica CLINICA GENERAL DEL NORTE. de 15 de marzo de 2022*

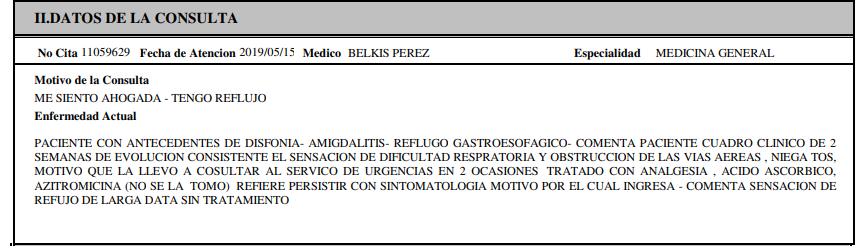
***Trascripción esencial:*** *Motivo de la Consulta REMITIDA POR FISIATRIA(CITA PRESENCIAL) Enfermedad Actual EDAD: 36 AÑOS; AREA: BASICA PRIMARIA; IED. JESUS ESPELETA FAJARDO (SANTA MARTA); FV: 2011; ESC: 2BE; JORNADA: TARDE; EC. CASADA.DOCENTE REFIERE INTENSIFICACION DE DOLORES LUMBARES. VALORACION POR FISIATRIA D EFECHA 14/12/2021. DXS: M531, M545,M545,M791, M790..****PACINTE CON ANTECEDENTES DE FIBROMIALGIA,; REFIERE DOLOR GENERALIZADO ASOCIADO ATRASTORNO DEL SUEÑO. NO MEJOROA CON BLOQUEO NALGESICO. EF: NO HAY DEFICIT NEUROLOGICO; DEBILIDAD PARAESPINALES, ROT SIMTRICOS; MULTIPLES CONTRACTURAS PARAESPINALES; SE DAN RECOMENDACIONES DE EJERCCIIOS EN CASA; SE RECOEMIENDA ACUDIR A GIMNASIO. DR FRANCISCO MAZENETT.ACUSA CONFLICTO EN SU AMBITO LABORAL****”*

Tal como se desprende de la historia clínica expedida por la CLINICA GENERAL DEL NORTE, la señora IRINA ISABEL presentaba un diagnóstico claro y reiterado de **fibromialgia, según** la historia clínica desde aproximadamente el año 2008. En ese sentido, resulta evidente que el asegurado conocía de su estado de salud al momento de suscribir el formulario de asegurabilidad en agosto de 2019, pero optó por omitir esta información relevante, lo que configura un supuesto claro de reticencia. Dado que la fibromialgia constituye un síndrome clínico crónico, lo que afecta la correcta apreciación del riesgo asegurado por parte de la compañía.

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que la asegurada conocía de la FIBRIOMALGIA que padecía y omitió ponerla en conocimiento de mi representada al momento de firmar su formulario de asegurabilidad para el mes de agosto de 2019. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co., como resultado de la reticencia con la que la señora PEREZ PAZ suscribió su declaración de asegurabilidad.

**DISFONIA**

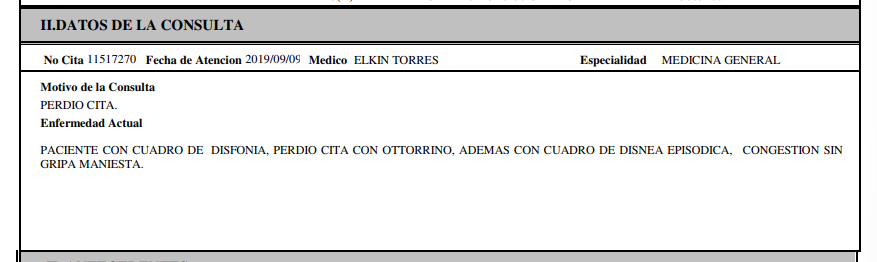
* Fecha de atención 15 de mayo de 2019



***Documento:*** *Historia Clínica CINICA GENERAL DEL NORTE del* ***15 de mayo de 2019***

***Transcripción parte esencial:*** *Motivo de la Consulta ME SIENTO AHOGADA - TENGO REFLUJO*

*Enfermedad Actual* ***PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DISFONIA- AMIGDALITIS****- REFLUGO GASTROESOFAGICO- COMENTA PACIENTE CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EL SENSACIONDE* ***DIFICULTAD RESPRATORIA Y OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS*** *, NIEGA TOS, MOTIVO QUE LA LLEVO A COSULTAR AL SERVICO DE URGENCIAS EN 2 OCASIONES TRATADO CON ANALGESIA , ACIDO ASCORBICO, AZITROMICINA (NO SE LA TOMO) REFIERE PERSISTIR CON SINTOMATOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL INGRESA - COMENTA SENSACION DE REFUJO DE LARGA DATA SIN TRATAMIENTO*

* Fecha de atención 9 de septiembre de 2019 **

***Documento:*** *Historia Clínica CINICA GENERAL DEL NORTE 9 de septiembre de 2019*

***Transcripción parte esencial:*** *PACIENTE CON CUADRO DE DISFONIA, PERDIO CITA CON OTTORRINO, ADEMAS CON CUADRO DE DISNEAEPISODICA, CONGESTION SIN GRIPA MANIESTA.*

De acuerdo con la historia clínica emitida por la Clínica General del Norte, con fecha 15 de mayo de 2019, la señora Irina Isabel Pérez Paz asistió a consulta médica por un cuadro de faringoamigdalitis aguda. En dicha valoración se dejó constancia de antecedentes médicos de disfonía, lo cual permite establecer que este padecimiento es previo a la fecha mencionada y que ha desencadenado otras afecciones asociadas, prolongándose en el tiempo.

Cabe señalar que en septiembre de 2019 fue nuevamente valorada por esta patología, lo que evidencia la persistencia del cuadro clínico. Incluso se observa que dicha consulta se originó tras la pérdida de una cita con el especialista en otorrinolaringología, lo que sugiere que la paciente se encontraba bajo observación médica por esta enfermedad, lo que permite concluir que la asegurado tenía pleno conocimiento de su estado de salud con anterioridad a la suscripción del formulario de asegurabilidad, diligenciado en agosto de 2019. Sin embargo, tal diagnóstico no fue revelado a la aseguradora al momento de la contratación, lo que constituye una omisión relevante sobre el estado del riesgo. Así, la conducta del asegurado encuadra dentro del supuesto de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio, configurando una causal de nulidad del contrato de seguro, en tanto se ocultó un antecedente médico significativo que habría influido en la decisión de la compañía al aceptar o no el riesgo propuesto.

Es decir, es evidente que partir de este documento se demuestra fehacientemente que la señora IRINA ISABEL PEREZ fue diagnosticado con Disfonía**,** de manera previa a la suscripción de su declaración de asegurabilidad, en el mes de agosto de 2019. Lo que deja en evidencia la conducta reticente del asegurado conforme con lo establecido en el artículo 1058 del C.Co., y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Por lo anterior, como se puede ver en las anotaciones inscritas en la historia clínica que obra en el expediente, la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ padecía de Fibromialgia desde aproximadamente el año 2008, fue diagnosticada con trastorno de ansiedad desde el año 2015, y además de disfonía con diagnostico anterior a septiembre de 2019. Como se aprecia estas patologías son anteriores a la fecha de suscripción de los contratos de seguro, lo que implica que eran de pleno conocimiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ , sin embargo, nunca lo informó a la compañía aseguradora.

En consecuencia, 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 la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) La señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ ya contaba con una serie de diagnósticos de fibromialgia, disfonía y trastorno de ansiedad, previo al 30 de agosto de 2019, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad altera ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

*En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*

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

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C. Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual. Lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

En resumen, la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ 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 la Asegurada 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. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso resulta procedente la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio, que establece la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. En efecto, el aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, toda vez que, durante la etapa precontractual, ocultó de manera deliberada información relevante sobre su estado de salud.

La señora IRINA ISABEL PEREZ omitió declarar patologías previas significativas, tales como fibromialgia (diagnostico desde aproximadamente el 2008), trastorno de ansiedad (1 de octubre de 2015 ) e disfonía desde el 15 de mayo de 2019, entre otras que serán demostradas en el curso del proceso. Dichos antecedentes fueron objeto de preguntas expresas en la declaración de asegurabilidad que la Asegurado suscribió, pero está optó por no revelar su real condición médica, afectando con ello la valoración objetiva del riesgo por parte de la aseguradora. En consecuencia, dicha omisión vicia el consentimiento otorgado por mi representada al momento de perfeccionar el contrato, pues partió del supuesto equivocado de que aseguraba a una persona en buen estado de salud. De haber conocido la verdadera situación médica de la asegurada, la compañía aseguradora se habría abstenido de contratar, o bien lo habría pactado en condiciones más onerosas. Por lo anterior, resulta evidente que se configura la causal de nulidad del contrato de seguro, motivo por el cual no puede derivarse obligación alguna a cargo de mi representad

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

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

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

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

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

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

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico[[4]](#footnote-4).*

*Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales[[5]](#footnote-5). De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer[[6]](#footnote-6)”.* (Subrayado fuera del texto original)

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

*Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)[[7]](#footnote-7)*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[[8]](#footnote-8), en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

*(…)*

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

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

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe…”[[9]](#footnote-9)* (subrayado fuera del texto original).

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

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

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

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

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

Resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ al momento de la suscripción del aseguramiento el 30 ed agosto de 2019, conociendo sus padecimientos de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008)

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

*“4.2.* ***No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a está medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz*** *(...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro[[10]](#footnote-10). (negrilla y subrayas fuera del texto)”.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En conclusión, dado que la señora PEREZ PAZ fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocido por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

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

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 previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. 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.

Establece el artículo 1081 respecto de la prescripción ordinaria de las acciones, lo siguiente:

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

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

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la* ***ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...),*** *al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”10* (Subrayado fuera del texto original)

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.

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

1. **GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

En atención a lo previsto en el artículo 282 del C.G.P. solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C. Co).

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

1. **EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS**
2. **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria BANCO BBVA, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

1. **EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha de siniestro.

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

1. **EL BANCO BBVA COLOMBIA ES EL ÚNICO BENEFICIARIO ONEROSO DE LA PÓLIZA**

En este punto es preciso resaltarle al Despacho que en el ámbito de aplicación de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

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

*En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo[[11]](#footnote-11)”*

Como se observa, la póliza de seguro de vida grupo deudores se encuentran estructuradas bajo la necesidad con la que contaban las entidades financieras de gestionar sus riesgos en las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que generalmente el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización, solamente puede ser la entidad bancaria que tomó el seguro vida grupo deudor para asegurar a sus acreedores y el riesgo de impago derivado de su fallecimiento. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

*“(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora[[12]](#footnote-12).”*

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro asociado tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, es imperioso que el Despacho tome en consideración que, ante una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, el beneficiario de la indemnización únicamente puede ser el acreedor de la obligación financiera que estaba vinculada con el seguro de vida deudor. En la medida que así fue pactado, lo que en estricto sentido permite concluir, que el Demandante no se encuentra facultado para recibir ningún valor por concepto de indemnización.

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

1. **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. **DOCUMENTALES** 
   1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita el 20 de agosto de 2019 por la señora
   2. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores Bancaseguros.
   3. Objeción de 4 de marzo de 2024 suscrita por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA.
   4. Derecho de petición enviado a la CLINICA GENERAL DEL NORTE A fin de obtener la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ
   5. Derecho de petición enviado a la BIENESTAR IPS fin de obtener la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ.
   6. Derecho de petición enviado al INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S A fin de obtener la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ.
   7. Historia clínica parcial de CLINICA GENERAL DEL NORTE de la señora IRINA ISABEL PEREZ
2. **INTERROGATORIO DE PARTE** 
   1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La señora PEREZ PAZ podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbelo o a través de su apoderado.

1. **DECLARACIÓN DE PARTE** 
   1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Grupo N. 02 215 0000551230
2. **TESTIMONIALES** 
   1. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **JAVIER ALBERTO VEOZA BARAHNA,** miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las prexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser ubicado en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico javieralbeto.veloza[@bbva.com](mailto:juliealexandra.triana@bbva.com" \o "mailto:juliealexandra.triana@bbva.com)

* 1. Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO** identificada con cédula de ciudadanía N. 1.085.324.490, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392269171, certificado No. 0013-0236-00-4001393871, sus exclusiones y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en el correo electrónico [lopezromerodc@hotmail.com](mailto:lopezromerodc@hotmail.com)

1. **EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**
   1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LA DEMANDANTE** la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ quien resulta autorizada para acceder a la historia clínicapara que exhiban copia íntegra de los siguientes documentos:

* Historia clínica completa de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ desde el año 2008 al 2019

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

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

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLÍNICA GENERAL DEL NORTE**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora PEREZ PAZ

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

**CLINICA GENERAL DEL NORTE** puede ser notificada al correo electrónico [**atencionalcliente@zentria.com.co**](mailto:atencionalcliente@zentria.com.co)

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora PEREZ PAZ

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S puede ser notificado al correo electrónico [**insecar1561@hotmail.com**](mailto:insecar1561@hotmail.com)

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la Institución Prestadora de Salud **BIENESTAR IPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora PEREZ PAZ

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

**BIENESTAR IPS** puede ser notificado al correo electrónico **servicioalcliente@bienestarips.com**

1. **OFICIOS**
   1. Comedidamente ruego se oficie a la **CLINICA GENERAL DEL NORTE,** para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

**CLINICA GENERAL DEL NORTE** puede ser notificada al correo electrónico [**atencionalcliente@zentria.com.co**](mailto:atencionalcliente@zentria.com.co).

* 1. Comedidamente ruego se oficie a la **INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S,** para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

**INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S** puede ser notificado al correo electrónico [**atencionalcliente@zentria.com.co**](mailto:atencionalcliente@zentria.com.co)

* 1. Comedidamente ruego se oficie a **BIENESTAR IPS** para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

**BIENESTAR IPS** puede ser notificado al correo electrónico **servicioalcliente@bienestarips.com**.

1. **DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.**

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarifación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que la asegurada IRINA ISABEL PEREZ PAZ había sido diagnosticado antes del 30 de agosto de 2019, con diagnostico como trastorno de ansiedad, disfonía y fibromialgia **(ii)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de IRINA ISBEL PEREZ PAZ se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá́ anunciarlo en el escrito respectivo y deberá́ aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá́ ser inferior a diez (10) días”.* Comedidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Termino que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas (EPS SURA y IPS COMFAMA.) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

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

* El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 en la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
* Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72-21 piso 8, en Bogotá D.C., correo electrónico: [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)
* El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

**Texto, Pizarra

Descripción generada automáticamente**Del Señor Juez, Atentamente,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

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

1. BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104. [↑](#footnote-ref-1)
2. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01. [↑](#footnote-ref-2)
3. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01. [↑](#footnote-ref-3)
4. Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “*aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”*  [↑](#footnote-ref-4)
5. Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005. [↑](#footnote-ref-5)
6. Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro. [↑](#footnote-ref-6)
7. Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez. [↑](#footnote-ref-7)
8. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01 [↑](#footnote-ref-8)
9. LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164. [↑](#footnote-ref-9)
10. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01. [↑](#footnote-ref-10)
11. Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014. [↑](#footnote-ref-11)
12. Corte Constitucional, Sentencia T-251/17 [↑](#footnote-ref-12)