

Señores

**JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO DE LORICA – CÓRDOBA**

[j01cctolorica@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01cctolorica@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** PROCESO VERBAL  
**RADICACIÓN:** 234173103001-2023-00225-00  
**DEMANDANTE:** ASALIA STELLA SÁNCHEZ SÁNCHEZ  
**DEMANDADOS:** 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, en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente por la Doctora Alexandra Elías Salazar, como se soporta en el poder que se aporta junto con este escrito. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora Asalía Stella Sánchez Sánchez, en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

## **CAPÍTULO I**

### **I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LO HECHOS DE LA DEMANDA**

**Frente al hecho “1”:** No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**Frente al hecho “2”:** Si bien es cierta la existencia de la obligación crediticia, el honorable despacho debe tener en cuenta 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.

**Frente al hecho "3"**: Si bien es cierta la existencia de la obligación crediticia, el honorable despacho debe tener en cuenta 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.

No obstante, frente al contrato de seguro materializado, se deja de presente que este se identifica con la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909 suscrita entre la señora ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., que, tal y como se constata en la Solicitud de Certificado Seguro Vida Integral Premium, diligenciada por la ahora demandante, como consecuencia de la toma de un producto financiero se contrató:

**BBVA SOLICITUD VIDA INTEGRAL PREMIUM**

**Seguros**

NOTA: La presente solicitud de seguro debe estar diligenciada en su totalidad y firmada por el solicitante, en tachones, tachones o en mandamientos.

Fecha de Solicitud	2022 / 02 / 10	Sucursal	Bancaria, 0521	Ciudad	Lorica		
Torcedor	Asalia Stella Sanchez Sanchez			C.C. o NET	30656747		
Dirección	CL 3 # 20c - 28			Teléfono	315 767 6006		
Assegurado	Asalia Stella Sanchez Sanchez			C.C. o NET	30656747		
Dirección	CL 3 # 20c - 28			Teléfono	315 767 6006		
Profesión	Educador	Género	X   M	Fecha de Nacimiento	1933 / 04 / 05	Edad	49
Correo Electrónico	ASSSMBAA@GMAIL.COM	Características del seguro	Valor Asegurado Básico \$ 150.000.000				
<b>Amparos</b>						Valor Asegurado	
Vida (Muerte natural o accidental)	100% del Valor Básico						
Incapacidad Total y Permanente	100% del Valor Básico						
Doble Indemnización por Muerte Accidental	100% del Valor Básico						
Enfermedades Graves (Pago Anticipo)	60% del Valor Básico						
Triples Indemnización por Muerte Accidental	100% del Valor Básico						
Asistencia en Viaje Internacional						Incluido	
Periodicidad pago prima	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> 3	Primo anual	1.525.200		Primo periódico	127.100	
Nombre Asesor	Maira Medina Perez		Codigo Asesor		C804645		
<b>Beneficiarios del seguro</b>							
Nombre completo						Parentesco	%
Juan Pablo Casella Sanchez						Hijo	50
Richard Harold Casella Sanchez						Hijo	50
<b>Información sobre reclamación en Seguros (Conocimiento del Cliente)</b>							
¿Ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro:							
Año	Ramo	Compañía	Valor	Reclamación	Indemnización		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
No firma esta solicitud sin leer este texto							
<b>Declaración de asegurabilidad</b>							
He leído e he leído o he leído digitalmente en informaciones o publicaciones tales como: Características, Operación anual, mesa de reuniones, Características (ocidente dentro de las vacaciones), Obisecar, Cuadros Médicos, HIV Positive-Tests, Cáncer (Cáncer maligno, Estomatitis), Resales, Endocrinías, Metabolías, Neurológicas, Alérgicas, Reumáticas, Osteomielitis, Metabolías, Hematológicas, Trastornos de cualquier órgano, Trastornos neurológicos, Congenitos, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad que pueda ocasionar la pérdida de la vida de la persona asegurada.							
Si alguna vez se ha tratado o se trata de alguna de las enfermedades mencionadas, ¿cómo se relaciona con la cobertura de este seguro?							
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa se puede continuar con el trámite del seguro.							
Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro y en los términos y condiciones que se encuentran en el presente contrato, así como la información personal, comercial y financiera que he suministrado y sé que se la cede a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., en su totalidad para que sea utilizada para la evaluación de mi riesgo de vida.							
Si alguna vez se ha tratado o se trata de alguna de las enfermedades mencionadas, ¿cómo se relaciona con la cobertura de este seguro?							
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa se puede continuar con el trámite del seguro.							
Declaro que me declaro responsable de la información contenida en esta solicitud, así como de la veracidad de los datos suministrados y de la información contenida en esta solicitud, así como de la veracidad de los datos suministrados y de la información contenida en esta solicitud, así como de la veracidad de los datos suministrados y de la información contenida en esta solicitud.							
Artículo 1058 del Código de Comercio: Remoción automática del Seguro: La mora en el pago de la prima o de los certificados o pólizas que se emiten con facultad análoga, produce la terminación automática del contrato y el derecho del asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expiración del contrato.							
En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, o institución de salud para suministrar a los beneficiarios designados a mi cargo, a mi familia o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o exponer o revelar información con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos asegurados. La presente solicitud tiene carácter de confidencial y no debe ser divulgada a terceros.							
Autorizo a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente de Ahorros, Tarjetas Credito y/o Extracto del Crédito No. Cta Ahorros o cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco el valor de la prima de seguro o la periodicidad de pago del seguro.							
Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su patrimonio la presente póliza. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
Edad mínima de ingreso: 18 años. Edad máxima de ingreso: Un año antes de cumplir 85 años. Permanencia hasta un día antes de cumplir 70 años.							
Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente (Discapacidad), Enfermedades Graves, Tasa de Ingreso y Permanencia hasta un día antes de cumplir los 65 años.							
Firma de Solicitante: [Firma]							
Firma de Asesor: [Firma]							
El cliente lee y acepta las condiciones generales de su póliza en línea de disposición y conoce los valores: www.bbva.com.co y www.bbva.com.co							
Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencie y firmé el presente contrato en esta solicitud y sus anexos, incluyendo el estado real de salud, resultado que he informado sobre los posibles inconvenientes que podría derivar de la indemnización en caso de ocurrencia de los eventos asegurados. Suscribo el presente documento como constancia de la operación del presente seguro.							
Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Lorica el 10 del mes de 02 de 22.							
SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM							
Numero de Póliza: 0026300110258005214002063360							

**Documento: Solicitud/Certificado Seguro Vida Integral Premium, suscrito por la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez.**

Conforme con lo anterior, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, la asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Sánchez Sánchez, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 10 de febrero de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la patología descrita en la documental allegada al expediente por el extremo actor, denominado “*FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD ALBORAL O DEL ESTADO DE INVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO*” se evidencia que el 4 de noviembre de 2021 la demandante, se encontraba en una incapacidad laboral prolongada, justificada en “*TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA*”, patologías que se encontraba procedidas por aquellas identificadas en el mes de diciembre del mismo año, correspondientes a “*NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE*”. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, realizada por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

**Declaración de asegurabilidad**

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-ictombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sorocera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud?  
Sí  No  Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.  
Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la consultación y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

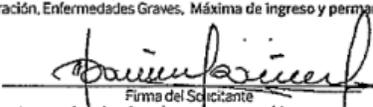
Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro. “La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y hará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato”.

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

Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracción del Crédito No. cta ahorros o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza. SI  NO

Edad mínima de ingreso: 18 años. Edad máxima de ingreso: Un día antes de cumplir 65 años. Permanencia: hasta un día antes de cumplir 70 años.  
Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Máxima de ingreso y permanencia hasta un día antes de cumplir los 65 años.

  
Firma del Solicitante

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

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

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez, respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, situación da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente

debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que la ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

En resumen, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que la asegurada omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la incapacidad laboral prolongada, justificada en *“TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA (...) NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE”*, 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 mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, expedido el 03 de agosto de 2022 por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**Frente al hecho “4”:** No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

No obstante, como se ha manifestado de manera previa, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese

a la claridad de las preguntas, la asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad.

**Frente al hecho “5”:** No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. El honorable despacho debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

No obstante, frente al contrato de seguro materializado, se deja de presente que este se identifica con la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909 suscrita entre la señora ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., que, tal y como se constata en la Solicitud de Certificado Seguro Vida Integral Premium, diligenciada por la ahora demandante, como consecuencia de la toma de un producto financiero se contrató:

**Documento: Solicitud/Certificado Seguro Vida Integral Premium, suscrito por la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez.**

Conforme con lo anterior, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez cuando solicitó

su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, la asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Sánchez Sánchez, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 10 de febrero de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la patología descrita en la documental allegada al expediente por el extremo actor, denominado “*FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD ALBORAL O DEL ESTADO DE INVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO*” se evidencia que el 4 de noviembre de 2021 la demandante, se encontraba en una incapacidad laboral prolongada, justificada en “*TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA*”, patologías que se encontraba procedidas por aquellas identificadas en el mes de diciembre del mismo año, correspondientes a “*NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE*”. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, realizada por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

**Declaración de asegurabilidad**

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistentes a la fecha de la firma de esta solicitud?

Si  No  Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la consultación y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean 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, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato”.

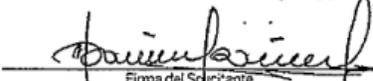
En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episodios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

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No. cta ahorros o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza SI  NO

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: Un día antes de cumplir 65 años Permanencia: hasta un día antes de cumplir 70 años.

Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Máxima de ingreso y permanencia hasta un día antes de cumplir los 65 años

  
Firma del Solicitante

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

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

**Documento:** Solicitud/Certificado Seguro Vida Integral Premium, suscrito por la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez.

**Transcripción relevante:** “*Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular – trombosis). Obesidad. Diabetes Mellitus. HIV Positivo – Sida. Cáncer (tumores malignos, linfomas). Renales. Endocrinas. Metabólicas. Neurológicas, Afecciones Respiratorias. Osteomusculares.*”

*Mentales-psiquiátricas. Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano. Trastornos inmunológicos. Congénitas. Adicciones. Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de la solicitud?”*

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez, respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, situación da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que la ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

En resumen, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que la asegurada omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la incapacidad laboral prolongada, justificada en “*TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA (...) NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE*”, 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 mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, expedido el 03 de agosto de 2022 por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**Frente al hecho “6”:** No es cierto, de acuerdo con la documental que reposa en el expediente el honorable despacho deberá tener en consideración que cómo ha sido expuesto de manera reiterada, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, la asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Sánchez Sánchez, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 10 de febrero de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la patología descrita en la documental allegada al expediente por el extremo actor, denominado **“FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD ALBORAL O DEL ESTADO DE INVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO”** se evidencia que el 4 de noviembre de 2021 la demandante, se encontraba en una incapacidad laboral prolongada, justificada en **“TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA”**, patologías que se encontraba procedidas por aquellas identificadas en el mes de diciembre del mismo año, correspondientes a **“NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE”**. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, realizada por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

**Declaración de asegurabilidad**

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como, Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-ictombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sorocera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud?  
Sí  No  Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de comercio.

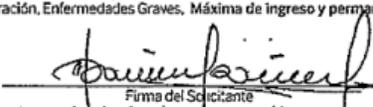
Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro. “La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato”.

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

Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros Tarjeta de Crédito y/o Extracción del Crédito No. cta ahorros o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza SI  NO

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: Un día antes de cumplir 65 años Permanencia: hasta un día antes de cumplir 70 años.  
Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Máxima de ingreso y permanencia hasta un día antes de cumplir los 65 años

  
Firma del Solicitante

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

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

**Documento:** Solicitud/Certificado Seguro Vida Integral Premium, suscrito por la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez.

**Transcripción relevante:** “Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente

*cerebrovascular – trombosis). Obesidad. Diabetes Mellitus. HIV Positivo – Sida. Cáncer (tumores malignos, linfomas). Renales. Endocrinas. Metabólicas. Neurológicas, Afecciones Respiratorias. Osteomusculares. Mentales-psiquiátricas. Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano. Trastornos inmunológicos. Congénitas. Adicciones. Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de la solicitud?”*

En resumen, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que la asegurada omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, expedido el 03 de agosto de 2022 por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**Frente al hecho “7”:** No es cierto. Debe decirse que lo enunciado no es un hecho sino una serie de consideraciones subjetivas, sin sustento fáctico y/o probatorio alguno, realizadas por el apoderado de la parte demandante. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso y de esta forma el demandante debe probar sus dichos a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**Frente al hecho “8”:** No es cierto. Debe decirse que lo enunciado no es un hecho sino una serie de consideraciones subjetivas, sin sustento fáctico y/o probatorio alguno, realizadas por el apoderado de la parte demandante. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso y de esta forma el demandante debe probar sus dichos a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**Frente al hecho “9”:** No es cierto en la forma en que se encuentra argumentado, conforme con lo establecido en la documental que reposa en el expediente, la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909 suscrita entre la señora ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se expidió el día 10 de febrero de 2022. No obstante, como se ha enunciado con suficiencia hasta este punto, dicho contrato de seguro no presta cobertura material para los hechos objeto de este litigio como consecuencia de la conducta reticente de la demandante, quien pese a conocer de su estado de salud (condición osteomuscular),

al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, optó por negarla, viciando de consentimiento a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

**Frente al hecho “10”:** Es cierto.

**Frente al hecho “11”:** No es cierto en la forma en que se encuentra argumentado, conforme con lo establecido en la documental que reposa en el expediente, la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909 suscrita entre la señora ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para la vigencia comprendida entre el 10 de febrero de 2022 y el 10 de febrero de 2023, comprendía como límite del valor asegurado para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, Desmembración e Inutilización, la suma de \$150.000.000., No obstante, desde este momento se hace necesario advertir que el seguro no puede hacerse efectivo, pues indiscutiblemente se configura la nulidad del contrato de seguro por la reticencia con la que el asegurado declaró su estado de salud al momento previo a la inclusión en el seguro.

Conforme con lo anterior, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, la asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Sánchez Sánchez, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 10 de febrero de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la patología descrita en la documental allegada al expediente por el extremo actor, denominado *“FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD ALBORAL O DEL ESTADO DE INVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO”* se evidencia que el 4 de noviembre de 2021 la demandante, se encontraba en una incapacidad laboral prolongada, justificada en *“TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA”*, patologías que se encontraba procedidas por aquellas identificadas en el mes de diciembre del mismo año, correspondientes a *“NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE”*. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, realizada por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

**Declaración de asegurabilidad**

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistentes a la fecha de la firma de esta solicitud?

Si  No  Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la consultación y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean 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, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".

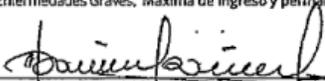
En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis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

Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No. cta ahorros o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza SI  NO

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: Un día antes de cumplir 65 años Permanencia: hasta un día antes de cumplir 70 años.

Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Máxima de ingreso y permanencia hasta un día antes de cumplir los 65 años

  
Firma del Solicitante

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

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

**Documento:** Solicitud/Certificado Seguro Vida Integral Premium, suscrito por la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez.

**Transcripción relevante:** "Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular – trombosis). Obesidad. Diabetes Mellitus. HIV Positivo – Sida. Cáncer (tumores malignos, linfomas). Renales. Endocrinas. Metabólicas. Neurológicas, Afecciones Respiratorias. Osteomusculares. Mentales-psiquiátricas. Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano. Trastornos inmunológicos. Congénitas. Adicciones. Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de la solicitud?"

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez, respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, situación da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que la ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

En resumen, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como

se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que la asegurada omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la incapacidad laboral prolongada, justificada en *“TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA (...) NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE”*, 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 mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, expedido el 03 de agosto de 2022 por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

**Frente al hecho “12”:** No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. La Honorable Superintendencia debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

No obstante, desde este momento se pone en consideración del honorable despacho que para el caso que nos ocupa se encuentra configurada una ostensible falta de cobertura material e igualmente la falta de acreditación de la ocurrencia del siniestro, toda vez que como se expondrá más adelante, pese a tratarse de una condición sine qua non para el reconocimiento de la indemnización por este tipo de amparos, la ahora demandante no aportó a la presente acción un dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por alguna entidad autorizada y reconocida para tal fin como, ARL, EPS, AFP de la asegurada, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

**Frente al hecho “13”:** No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el

artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

No obstante, desde este momento se pone en consideración del honorable despacho que para el caso que nos ocupa se encuentra configurada la falta de cobertura material, toda vez que la ahora demandante no aportó a la presente acción un dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por alguna entidad autorizada y reconocida para tal fin dentro de las condiciones del contrato de seguro como lo son, ARL, EPS, AFP de la asegurada, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

**Frente al hecho “14”:** No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

No obstante, debe precisarse que las enfermedades padecidas por la señora Asalia Stella Sánchez y que fueron las precursoras de la pérdida de calificación laboral, fueron patologías diagnosticadas y conocidas por el extremo actor desde mucho antes de la entrada en vigencia de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, el 10 de febrero de 2020. Lo que conlleva a que para los hechos objeto de este litigio, el contrato de seguro materializado en la póliza enunciada se configure una exclusión para la afectación de su amparo de ITP.

**Frente al hecho “15”:** Es cierto.

**Frente al hecho “16”:** No es cierto en la forma en que se encuentra argumentado, conforme con lo establecido en la documental que reposa en el expediente, a la solicitud presentada por parte de la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. objetó su solicitud de afectación del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, como consecuencia de la conducta reticente de la aquí demandada, conforme con los hechos que se esbozan a continuación:

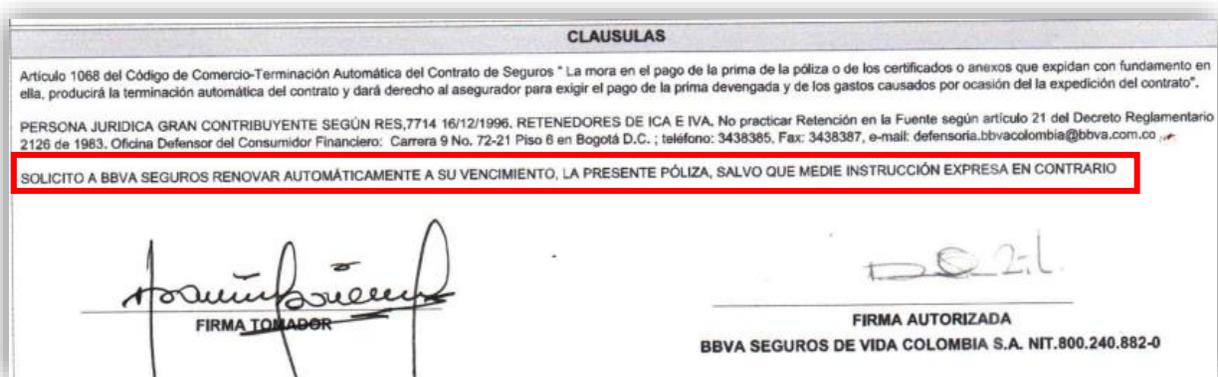
*“De acuerdo con Dictamen de Magisterio, encontramos que la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez tenía antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su presanidad como lo son, resonancia magnética nuclear de hombro derecho de fecha 04/11/2021 conclusión: tendinosis del supraespinoso, tenosinovitis tendón largo del bíceps, cambios osteocondóticos del humero, bursitis subracomial y*

*subdeltoidea, además 07/12/2021 neuropatía focalizada del nervio mediano derecho con grado de comprensión leve; por lo anterior son patologías que fueron motivo de calificación y son hechos relevantes no declarados y que por su connotación tenía que ser de conocimiento de la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.*

*En la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas.”*

Conforme con lo expuesto, la objeción notificada debidamente a la demandante tuvo como argumento principal para la negativa de afectación, su conducta reticente y contraria a las obligaciones legales que le recaen como consumidora financiera de declarar de manera sincera su condición de salud, la cual como se ha dicho, se encontraba con diagnósticos a nivel osteomuscular para el momento de la suscripción de la declaración de asegurabilidad condicionando la liberalidad de la compañía aseguradora.

**Frente al hecho “17”:** No es cierto en la forma en que se encuentra argumentado, conforme con lo establecido en la documental que reposa en el expediente y específicamente en la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909 allegada por el extremo actor, conforme con lo pactado de manera libre y voluntaria entre las partes, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez autorizó a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para que renovara automáticamente el contrato de seguro a la fecha de su vencimiento, a menos que de manera escrita se pactara algo distinto, como se observa:



Es por este motivo que en cumplimiento del acuerdo entre las partes, mi procurada procedió con la renovación automática del contrato de seguro. Situación que dista de un acto caprichoso, deliberado o abusivo, ejercido por parte de la compañía aseguradora, como se expone en el líbello de la demanda.

**Frente al hecho “18”:** Es parcialmente cierto, si bien como se indica y se extrae de la documental que reposa en el expediente, mediante comunicación del 12 de abril de 2023 se ratificó la objeción presentada por parte de mi representada, dicho escrito obedeció a una respuesta a la solicitud de reconsideración radicada por parte de la señora Asalia Stella Sánchez.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por el accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, el aseguramiento de la señora Asalia Stella Sánchez debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que la Accionante suscribió su declaración de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida integral premium.

**Oposición frente a la pretensión “1”:** **ME OPONGO** a la 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 materializado en la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909 suscrita entre la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por las siguientes razones:

- **Falta de cobertura de la póliza por tratarse de un dictamen emitido por una entidad diferente a las enlistadas en la póliza:** Para el caso en marras se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, en virtud de que no se cumplen las condiciones pactadas contractualmente para que surja así la obligación condicional a cargo de mi representada, teniendo en cuenta que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por la señora Asalia Stella Sánchez no fue emitido por una entidad habilitada para ello (ARL, EPS, AFP, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía). Por el contrario, la calificación emitida fue expedida por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente, por tal motivo es inviable afectar el contrato de seguro expedido por parte de mi procurada.
- **Falta de acreditación de la ocurrencia del siniestro en los términos del amparo:** No ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto la parte demandante no ha acreditado la realización del riesgo, pues, no aportó Dictamen de pérdida de capacidad laboral superior al 50% emitido por las entidades convenidas para ello, EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909 como quiera que la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA (...) NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE*”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados 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 mucho más onerosas en él.

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 Asalia Stella Sánchez Sánchez debe declararse nulo, debido a que éste 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 a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca “***(...) Afecciones respiratorias, Osteomusculares (...) y en general cualquier enfermedad o discapacidad física o mental preexistente a la fecha de la firma de esta solicitud***”

**Oposición frente a la pretensión “2”:** **ME OPONGO** por sustracción de materia, pues se trata de una pretensión consecuencial a las anteriores y en tanto 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 materializado en la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, suscrita por la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez. Tal pretensión elevada por la parte Accionante no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no se puede solicitar la devolución de débitos desde la fecha de estructuración porque el mismo contrato de seguro establece que la fecha de siniestro es la fecha de emisión del Dictamen de pérdida de capacidad laboral, por parte de las autoridades autorizadas contractualmente entre las partes para ello. Y en adición, es jurídicamente inviable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- **Falta de cobertura de la póliza por tratarse de un dictamen emitido por una entidad diferente a las enlistadas en la póliza:** Para el caso en marras se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, en virtud de que no se cumplen las condiciones pactadas contractualmente para que surja así la obligación condicional a cargo de mi representada, teniendo en cuenta que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por la señora Asalia Stella Sánchez no fue emitido por una entidad habilitada para ello (ARL, EPS, AFP, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía). Por el contrario, la calificación emitida fue expedida por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente, por tal motivo es inviable afectar el contrato de seguro expedido por parte de mi procurada.
- **Falta de acreditación de la ocurrencia del siniestro en los términos del amparo:** No ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto la parte demandante no ha acreditado la realización del riesgo, pues, no aportó Dictamen de pérdida de capacidad laboral superior al 50% emitido por las entidades convenidas para ello, EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.
- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909 como quiera que la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA (...) NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE*”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados 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 mucho más onerosas en él.

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 Asalia Stella Sánchez Sánchez debe declararse nulo, debido a que éste 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 a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca “(...) **Afecciones respiratorias, Osteomusculares (...) y en general cualquier enfermedad o discapacidad física o mental preexistente a la fecha de la firma de esta solicitud**”.

**Oposición frente a la pretensión “3”:** **ME OPONGO** por sustracción de materia, pues se trata de una pretensión consecuencial a las anteriores. Motivo por el cual, si las pretensiones principales no tienen vocación de prosperidad está en congruencia tampoco la tendrá.

**Oposición frente a la pretensión “4”:** **ME OPONGO** por sustracción de materia, pues se trata de una pretensión consecuencial a las anteriores. Motivo por el cual, si las pretensiones principales no tienen vocación de prosperidad está en congruencia tampoco la tendrá.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte demandante y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho a aquella.

### III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Sin perjuicio de que en este caso no se encuentra un juramento estimatorio en el escrito de la Demanda, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso se presentan suficientes razones para que sea improcedente e inviable la afectación de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, como consecuencia de la reticencia con la que la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez suscribió su declaración de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida integral premium.

- **Falta de cobertura de la póliza por tratarse de un dictamen emitido por una entidad diferente a las enlistadas en la póliza:** Para el caso en marras se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, en virtud de que no se cumplen las condiciones pactadas contractualmente para que surja así la obligación condicional a cargo de mi representada, teniendo en cuenta que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por la señora Asalia Stella Sánchez no fue emitido por una entidad habilitada para ello (ARL, EPS, AFP, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía). Por el contrario, la calificación emitida fue expedida por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente, por tal motivo es inviable afectar el contrato de seguro expedido por parte de mi procurada.
- **Falta de acreditación de la ocurrencia del siniestro en los términos del amparo:** No ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto la

parte demandante no ha acreditado la realización del riesgo, pues, no aportó Dictamen de pérdida de capacidad laboral superior al 50% emitido por las entidades convenidas para ello, EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

No puede perderse de vista que, como ya ha sido expuesto, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es en el mes de febrero de 2022. Las omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, optó por no informarlos, guardando silencio y omitiendo reconocerlos al momento de perfeccionar su seguro, siendo estos supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido el diagnóstico de *“tendinosis del supraespinoso; tenosinovitis tendón largo del bíceps; cambios osteocondróticos del humero; bursitis subacromial y subdeltoidea (...) neuropatía focalizada del nervio mediano derecho con grado de compresión leve”*, 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 mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con evidenciar las anotaciones realizadas en el cuerpo del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio expedido el 03 de agosto de 2022, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para **invocar y declarar la nulidad de su seguro** en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

## **CAPÍTULO II**

### **EXCEPCIONES DE MÉRITO O FONDO PRINCIPALES**

#### **1. FALTA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA POR NO HABER SIDO CALIFICADO POR UNA ENTIDAD DE LAS ENLISTADAS EN LA PÓLIZA.**

Es importante que el Honorable Despacho tenga en consideración que se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, al no aportarse Dictamen expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues contractualmente se estipuló que para afectar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente del asegurado, se debía aportar calificación de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente, sin embargo, en el presente caso se allega calificación emitida por la CLINICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las

condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente acceder a las pretensiones del extremo actor.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma, como se explica que al suscribir el contrato de seguro respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos y no otorgar otros. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza:

*ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir **todos o algunos** de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.*

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.<sup>1</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto”*

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos. En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma transversal en el documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

indemnizatoria a mi poderdante, como quiera que la póliza no presta cobertura material. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que de la mera lectura de las condiciones de la póliza de seguro se entiende que allí se amparó el riesgo siempre que el asegurado allegara dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por autoridad competente, las cuales eran: EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía, lo cual no ocurre en el caso en concreto, puesto que se aportó una calificación emitida por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encontraba autorizada conforme a lo contractualmente pactado, por lo que, la Aseguradora no podrá ser llamada a reconocer pago alguno con cargo a las pólizas objeto de litigio.

Ahora bien, es importante mencionar que lo anteriormente dicho fue puesto de presente a la asegurada en el condicionado general de la póliza de seguro vida, a saber:

**MUY IMPORTANTE**

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

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

**Documento:** Aparte Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909

En conclusión, se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, en virtud de que no se cumplen las condiciones pactadas contractualmente para que surja así la obligación condicional a cargo de mi representada, lo cual es totalmente válido en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio el cual consagra la posibilidad de que, el asegurador a su arbitrio podrá asumir riesgos y establecer las condiciones para asumirlos, ahora bien, teniendo en cuenta que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por la señora Asalia Stella Sánchez no fue emitido por una entidad habilitada para ello, es claro que no mi representada no puede ser condenada, pues conforme a las condiciones de las pólizas, las instituciones autorizadas son: ARL, EPS, AFP, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente, por tal motivo es inviable afectar el contrato de seguro expedido por parte de mi procurada.

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

## 2. FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DADO QUE NO EXISTE UN DICTAMEN EMITIDO POR UNA ENTIDAD DE LAS ENLISTADAS EN LA PÓLIZA

No existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en estas, esto es, el fallecimiento de la asegurada o la incapacidad total y permanente calificada por institución autorizada conforme. Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de las pólizas en cuestión.

Para efectos de fundamentar lo anteriormente mencionado, es importante traer al presente escrito lo preceptuado en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues en este se define como siniestro:

*“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. **Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.**” (Subrayado fuera del texto original)*

Por otra parte, la Corte Constitucional<sup>2</sup> se ha pronunciado acerca del artículo citado en los siguientes términos:

*“**En la generalidad de los contratos de seguros, la obligación contraída por el asegurador de pagar al asegurado o al beneficiario, según el caso, la prestación acordada, está sometida al cumplimiento de una condición suspensiva, cual es la ocurrencia del siniestro. De conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio, siniestro es la realización del riesgo asegurado.** El riesgo es definido en el artículo 1054 como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.”*  
(Subrayado y Negrita fuera de texto)

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto, cómo se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, la parte demandante no ha acreditado la realización del riesgo, pues, no aportó Dictamen de pérdida de capacidad laboral superior al 50% emitido por las entidades convenidas para ello, EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía, lo cual no ocurre en el caso en concreto. Dicho de otra manera, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

---

<sup>2</sup> Sentencia de la Corte Constitucional T-720 de 2013 del 17 de noviembre de 2013 Mp. Gabriel Eduardo Mendoza.

En conclusión, al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de la compañía aseguradora en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitido por las entidades autorizadas, lo que indica que la señora Asalia Stella no acreditó su estado de invalidez, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohijada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de la póliza.

### **3. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130521052392325909.**

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la asegurada, señora Asalia Stella Sánchez Sánchez, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado siendo patologías cuantificadas para la estimación de la pérdida de capacidad laboral alegada, como la *“tendinosis del supraespinoso; tenosinovitis tendón largo del bíceps; cambios osteocondroíticos del humero; bursitis subacromial y subdeltoidea (...) neuropatía focalizada del nervio mediano derecho con grado de compresión leve”*. Diagnósticos que de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras **de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados** frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que este sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo,*

*lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**<sup>3</sup>. (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurada, señora Sánchez Sánchez, conociendo a profundidad sus padecimientos, omitió informar sobre estos en la etapa precontractual, faltando a la verdad. 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 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, tal como ocurrió en esta caso, y que precisa lo siguiente:

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

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

---

<sup>3</sup> BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

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 quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir,** en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia, a través de Sentencia del 01 de septiembre de 2010, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla, Radicación No. 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad su verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos que en el cuerpo de esta providencia se expone:

*“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.”<sup>4</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

En el mismo sentido, pero esta vez en sentencia del 03 de abril de 2017, Magistrado Ponente Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado No. 11001- 31-03-023-1996-02422-01, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>5</sup> (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa por reticencia del asegurado, consagrada en el artículo 1058 del C.Co., analizando y precisando, 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*

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

*contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

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

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”<sup>6</sup> (Subrayado y negrita 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 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*

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

*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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el mes de febrero de 2022, época en la cual la asegurada solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez las respondió de manera omisiva, aun cuando tenía pleno conocimiento que esta falta a la verdad constituía una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que, la señora Sánchez Sánchez conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la omisión en la respuesta, faltando a la verdad por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

**Declaración de asegurabilidad**

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis). Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiQUIÁTRICAS, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud?

SI  NO  **SI la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.**

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la consultación y las leyes 1256 de 2008 y 1581 de 2012

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean 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, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".

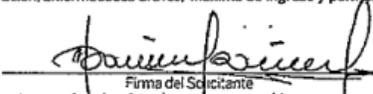
En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis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

Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No. cta ahorros o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza SI  NO

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: Un día antes de cumplir 65 años Permanencia: hasta un día antes de cumplir 70 años.

Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Máxima de ingreso y permanencia hasta un día antes de cumplir los 65 años

  
Firma del Solicitante

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

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

**Documento:** Solicitud/Certificado Seguro Vida Integral Premium, suscrito por la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez.

**Transcripción relevante:** "Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular – trombosis). Obesidad. Diabetes Mellitus. HIV Positivo – Sida. Cáncer (tumores malignos, linfomas). Renales. Endocrinas. Metabólicas. Neurológicas, Afecciones Respiratorias. Osteomusculares. Mentales-psiQUIÁTRICAS. Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano. Trastornos inmunológicos. Congénitas. Adicciones. Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de la solicitud?"

Visto lo anterior, la aseguradora indagó a la señora Sánchez Sánchez, sobre su condición de salud y como se vio se preguntó **si sufre o ha sufrido** de las citadas condiciones, específicamente de afecciones osteomusculares, si ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica, si sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado en las preguntas realizadas, frente a dichos interrogantes la asegurada manifestó a todas y cada una de ellas que **NO**, de tal manera, que está claro que faltó a la verdad al suscribir la declaración de asegurabilidad generándose así las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio.

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

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que la señora Asalia Stella no informó a mi representada que padecía sendos padecimientos de salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, en el mes de febrero de 2022, veremos cómo los diagnósticos que se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral eran anteriores a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad:

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA		
Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		VAL CXD E HOMBROVAL POR CX DE MANO

**Documento:** Historia Clínica -Clinica General del Norte No. de cita 13557916 del **11 de enero de 2022**

**Transcripción parte esencial:** “*Diagnostico principal M754 SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO; Diagnostico relacionado 1 M751 SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO; Diagnostico relacionado 2 G560 SINDROME DEL TUNEL DEL CAROPIO*”

- Síndrome del manguito rotatorio.

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA		
Diagnostico Principal	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	FEMENINA CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO POR LO QUE SE SOLICITO RX DE HOMBRO DERECHO CON FECHA 05/08/21 QUE REPORTA SEÑALES DE PINZAMIENTO ACROMIO HUMERL. SUGIERE VALORACION DE MANGUITO ROTADOR POR LO QUE SE REMITE A ORTOPEDIA.	

**Documento:** Historia Clínica -Clínica General del Norte No. de cita 13203633 del **10 de agosto del 2021**

**Transcripción parte esencial:** “Diagnostico principal M751 SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO”

Es evidente que partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez fue diagnosticada con **SÍNDROME DEL MANGUITO ROTATORIO**, de manera previa a la suscripción de su declaración de asegurabilidad, en el mes de febrero del 2022. Lo que conlleva a que resulte patente la conducta reticente de la demandante conforme con lo establecido en el artículo 1058 del C.Co., y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante una patología que fue tenida en cuenta por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, de acuerdo con el contenido del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio expedido el 03 de agosto de 2022.

- Síndrome de abducción dolorosa de hombro.

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA		
Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	CONSIDERANDO CUDRO CLINICO, SUGIERO REALIZAR EVALUACION MEDICA PRESENCIAL. POR LO TANTO DE CITA ABIERTA PRESENCIAL.	

**Documento:** Historia Clínica -Clínica General del Norte No. de cita 13203633 del **15 de octubre de 2021**

**Transcripción parte esencial:** “*Diagnostico principal M754 SINDROME DE ABDUCCIÓN DOLOROSA DEL HOMBRO*”

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el **SINDROME DE ABDUCCIÓN DOLOROSA DE HOMBRO** no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica de la señora Sánchez se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. En este sentido, basta con analizar los siguientes apartados del dictamen, en los que se observa claramente registro de su enfermedad diagnosticada antes a la fecha de calificación, como se observa:

DIAGNOSTICO(S) O MOTIVO DE CALIFICACION	CODIGO(S) CIE 10
1. OTRAS REACCIONES AL ESTRÉS GRAVE/TRASTORNOS DE ADAPTACION. Enfermedad laboral; tabla #10; numeral:2.4.10.6	F438/ F432
2. SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO. Enfermedad laboral; tabla #3; numeral:2.4.3.4	M754
3. SINDROME DEL TUNEL CARPIANO, enfermedad laboral. tabla N°. 3. numeral: 2.4.3.6	G560

**Documento:** Dictamen de Calificación de invalidez No. 233/22/ LMMM del 03 de agosto de 2022

**Transcripción parte esencial:** “1. OTRAS REACCIONES AL ESTRÉS GRAVE/TRANSTORNOS DE ADAPTACIÓN. Enfermedad Laboral Tabla # 10 numeral 2.4.10.6;  
2. SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO. Enfermedad laboral; table #3. Numeral 2.4.3.6; 3. SINDROME DEL TUNEL CARPIANO, enfermedad laboral tabla No. 3, numeral: 2.4.3.6”

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el asegurado conocía del **SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO** que padecía y omitió ponerlo en conocimiento de mi representada al momento de firmar sus formularios de asegurabilidad. 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 Sánchez suscribió sus declaraciones de asegurabilidad.

- **Otras reacciones al estrés grave**

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA		
Diagnostico Principal	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		PSICOTERAPIA

**Documento:** Historia Clínica -Clínica General del Norte No. de cita 13285091 del **14 de septiembre del 2021**

**Transcripción parte esencial:** “Diagnostico principal F438 OTRAS REACCIONES AL ESTRÉS GRAVE”

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que, con anterioridad al mes de septiembre de 2021, la señora Sánchez tenía antecedentes de Estrés. De modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento el 10 de febrero de 2022 no conociera de su padecimiento de salud. Máxime, cuando acudió en varias ocasiones al servicio médico por presentar un cuadro de estrés, vamos:

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE			
Nombre del Acompañante	Parentesco	Dirección	Teléfono
.	NINGUNO	.	3157 676006
Nombre del Responsable	Parentesco	Dirección	Teléfono
ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	AFILIADO(A)	.	3157 676006
II.DATOS DE LA CONSULTA			
No Cita 13306878	Fecha de Atención 2021/09/23	Medico KRISTEL LUBO	Especialidad PSICOLOGIA
Motivo de la Consulta TELECONSULTA-CONTROL			
Enfermedad Actual PTE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA MANEJO DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A ESTRÉS. RECIBE LLAMADO EN CONDICIONES ANÍMICAS REGULARES. SE ANALIZA EL EJERCICIO DEJADO LA SESIÓN PASADA DONDE SE EVIDENCIAN COMO FACTORES ESTRESORES LA SALUD DE SU HIJO QUIEN AL PARECER ESTÁ MEJORANDO CON EL TTO QUE HA ESTADO RECIBIENDO ÚLTIMAMENTE. A NIVEL LABORAR SE ENCUENTRA NERVIOSA DEBIDO A QUE LE CORRESPONDIÓ LLAMARLE LA ATENCIÓN A UN PERSONAL ASOCIADO MAL DESEMPEÑO POR LO CUAL ES VÍCTIMA DE HOSTIGAMIENTO Y SEÑALAMIENTOS MAL INTENCIONADOS EN CONTRA DE SU PERSONA. SE ORIENTA LA SESIÓN HACIA EL REFUERZO DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO PARA MINIMIZAR LOS FACTORES ESTRESANTES			

**Documento:** Historia Clínica -Clínica General del Norte No. de cita 13306878 del **23 de septiembre de 2021**

**Transcripción parte esencial:** “CONSULTA PARA MANEJO DE SÍNTOMAS ASOCIADAS AL ESTRÉS (...).

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA		
Diagnostico Principal	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Diagnostico Relacionado 1	F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		PSICOTERAPIA

**Documento:** Historia Clínica -Clínica General del Norte No. de cita 13717109 del **08 de febrero de 2022**

**Transcripción parte esencial:** “Diagnostico principal F438 OTRAS REACCIONES AL ESTRÉS GRAVE.

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de febrero de 2022, ya padecía de estrés, pues había sido ratificado su diagnóstico al menos dos días atrás. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia del asma con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

- **Síndrome de túnel carpiano**

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA		
Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		VAL CXDE HOMBROVAL POR CX DE MANO

**Documento:** Historia Clínica -Clínica General del Norte No. de cita 13557916 del **11 de enero de 2022.**

**Transcripción parte esencial:** “Diagnostico principal F438 OTRAS REACCIONES AL ESTRÉS GRAVE”

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de hipertensión arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con varios registros en los fragmentos del Dictamen de calificación de la señora Sánchez. 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 Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que de la señora Sánchez suscribió sus declaraciones de asegurabilidad.

II.DATOS DE LA CONSULTA			
No Cita	13584170	Fecha de Atención	2022/01/06
Medico	LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES		Especialidad
			SALUD OCUPACIONAL
<b>Motivo de la Consulta</b>			
SEGUIMIENTO ( CITA TELEFONICA)			
<b>Enfermedad Actual</b>			
EDAD: 48 AÑOS.AREA: RECTORA; IED: ANTONIO DE LA TORRE MIRANDA ( LÓRICA -CORDOBA); FV: 2006; ESC: 3DD. RMN DE HOMBRO DERECHO ( 04112021).CONCLUSION: TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSISTIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA. DR CARLOS JULIO TOVAR.EMG/NC DE MMSS.( 07122021).NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVIO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE CPMPRESION LEVE.DR FRANCISCO MAZENETT.ECOGRAFIA ARTICULAR DEHOMBRO DERECHO DE FECHA 29/07/2021.TENDINOSI DEL SUPRAESPINOSO.DR LUIS GABRIEL GOENAGA... ACUSA MOLESTIAS RECURRENTE; AUNQUE HA MEJORADO UN POCO.ACTUALMENTE EN TERPIA DE REHABILITACION			

Documento: Historia Clínica -Clínica General del Norte No. de cita 13584170  
del 06 de enero de 2022.

Transcripción parte esencial: “TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO; TENESINOVITIS TENDON LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSITIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA (...) NEUROPATÍA FOCALIZADA DEL NERVIJO MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRESIÓN LEVE”

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez, no informó a mi procurada de la existencia de su “*tendinosis del supraespinoso; tenesinovitis tendon largo del biceps; cambios osteocondroticos del humero; bursitis subacromial y subdeltoidea (...) neuropatia focalizada del nervio mediano derecho con grado de compresión leve*”, de manera previa a la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad, patologías que fueron tratadas a tardes de protocolo de *radioterapia y quimioterapia*. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, el aseguramiento de la señora Asalia Stella debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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 de la asegurada. El aseguramiento la señora Asalia Stella Sánchez debe declararse nulo, debido a que aquella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

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

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

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, como se expone en el escrito

de la demanda para el caso que nos ocupa, desconociendo la ubérrima buena fe que recae en cabeza de la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidora financiera. Tal y como se expondrá a continuación, no solo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos Tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de estos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que estas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

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

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

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

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico<sup>7</sup>. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales<sup>8</sup>. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la*

---

<sup>7</sup> Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bona fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

<sup>8</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

*necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer<sup>9</sup>*. (Subrayado y negrita fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso como las compañías aseguradoras no se encuentran en la obligación de realizar ningún tipo de examen de ingreso ante la obligación en cabeza del tomador de declarar de manera sincera su estado de salud previo y actual para la suscripción del contrato de seguro, así:

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

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 aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>14</sup>, 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***

---

<sup>9</sup> Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

<sup>10</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

**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 el quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”

(Subrayado y negrita fuera del texto original)

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 la ausencia de esta carga en cabeza de las compañías aseguradoras:

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...**”<sup>11</sup>(subrayado y negrita fuera del texto original).

<sup>11</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 esta 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 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por el señor Arturo Díaz Murillo expediente No. 2016-0318 en

relación con la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

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

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por la señora Carmela Sofia Orozco contra el Banco Caja Social, expediente No. 2016-0367, se ha reconocido:

*“A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que **la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran injerencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue,** y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía, **por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas,** esto es, que su estado de salud era bueno, pese que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación. Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita **se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad**” (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la *UBERRIMA BUENA FE "BONA FIDES"*.

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 estas 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 aún, cuando es este el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

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

Resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito *sine qua non* para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que **(i)** el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y **(ii)** que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez al momento de la suscripción del aseguramiento el 10 de febrero de 2022.

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 esta 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 distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro<sup>12</sup>.”** (Subrayado y negrita fuera del texto original)

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<sup>13</sup>, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

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

<sup>12</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

<sup>13</sup> Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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 uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae 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 esta 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) la asegurada, la señora Asalia Stella 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 por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

#### **6. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO 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 Asalia Stella Sánchez Sánchez, 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 Asalia Stella Sánchez Sánchez fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente su estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al omitir informar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, fueron indispensables para la calificación de su pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con el Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, y que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

**7. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO MATERIALIZADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130521052392325909.**

En este punto debe darse estricta aplicabilidad a las condiciones del contrato de seguro y en ese sentido, deberá tenerse en cuenta que el riesgo amparado por la Compañía Aseguradora es el delimitado en la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, con sus condiciones explícitas. En ese sentido deberá entonces atenderse cabalmente a lo establecido en ella. Para el efecto, encontramos que el riesgo amparado en el contrato de seguro respecto de la invalidez es el siguiente:

**1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

a. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:**  
SI COMO ASEGURADO SUFRES UNA INCAPACIDAD QUE TE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TÚ NO LA HAYAS PROVOCADO, SE TE PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

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

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

En virtud de lo anterior, la Honorable Superintendencia deberá tener en cuenta el riesgo amparado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y dar estricta aplicabilidad a las condiciones del amparo respecto de la obligación del asegurado de probar que sufrió una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% que impide en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad, siempre y cuando haya sido calificado por uno de los entes mencionados en la transcripción anterior. En ese sentido debe decirse que para la resolución de este caso la Honorable Delegatura deberá atender cabalmente a lo expresado por la cláusula precitada que hace parte del Contrato de Seguro.

Por lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

**8. 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. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

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

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla 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-, prohió para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)*

*La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe 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 vengero prescriptivo.*

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro,*

*el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.*<sup>10</sup> (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, 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.

#### **9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

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.

#### **EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS**

##### **1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130521052392325909.**

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 BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, 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.

**2. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130521052392325909**

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del C.Co., podrá a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo - causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo - efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909, en sus condiciones generales señalan una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada:

***“¿QUÉ NO TE CUBRIMOS?”***

*RESPECTO DE NINGUNO DE LOS AMPAROS SE TE CUBRIRÁ EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO OCASIONADO POR SUICIDIO, VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE, ACONTECIDO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO, NI TAMPOCO CUALQUIER ENFERMEDAD O DOLENCIA QUE TENGA RELACIÓN DIRECTA DE CAUSALIDAD CON UNA TENTATIVA DE SUICIDIO.*

**2.1. NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:**

- a. *LAS LESIONES PRODUCIDAS INTENCIONALMENTE POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O POR LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA, LO MISMO QUE LA TENTATIVA DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE.*

- b. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.
- c. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA.
- d. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA.
- e. LOS ACTOS CAUSADOS POR INOBSERVANCIA DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- f. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DEL SINIESTRO.

(...)"

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir reconocimiento por parte del Asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

#### **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

##### **1. DOCUMENTALES**

- 1.1. Copia de la Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez el día 10 de febrero de 2022.
- 1.2. Copia del Certificado Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909.
- 1.3. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Integral Premium.
- 1.4. Copia de la Historia Clínica emitida por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE.

La mayoría de los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

## 2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **ASALIA STELLA SÁNCHEZ SÁNCHEZ**, 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 Sánchez, podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

## 3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, 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 de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909.

## 4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez frente a la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, 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 mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Sánchez, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del C.G.P., se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá.

## 5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del C.G.P., se sirva ordenar **A LA DEMANDANTE** para que exhiba su Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2022, en la Audiencia respectiva. El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 00130521052392325909; y así mostrar la reticencia con que el Asegurado declaró su estado de asegurabilidad.
- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLINICA GENERAL DEL NORTE**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Sánchez entre los años 2000 a 2022. Lo anterior se puede constatar con el fragmento de la historia clínica que se aportó al expediente.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Asalia Sánchez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que

declaró su estado de asegurabilidad. La CLINICA GENERAL DEL NORTE puede ser notificada a través del correo electrónico [juridica@clinicageneralnorte.com](mailto:juridica@clinicageneralnorte.com)

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, a certificar las fechas en las cuales la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez ha estado vinculada laboralmente con el magisterio. Asimismo, se certifique el estado actual de la vinculación de la señora Sánchez con esta entidad. Por otro lado, se certifique si ha existido alguna reubicación de la señora al interior del magisterio, finalmente, se certifique cual es la modalidad de contrato que la señora tiene actualmente con el magisterio.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar el estado laboral actual de la señora Sánchez y así mostrar que laboralmente sigue activa. El FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO puede ser notificada en [servicioalcliente@fiduprevisora.com.co](mailto:servicioalcliente@fiduprevisora.com.co).

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE LORICA-CORDOBA**, a certificar las fechas en las cuales la señora Sánchez ha estado vinculada laboralmente con el magisterio. Asimismo, se certifique el estado actual de la vinculación de la señora Sánchez con esta entidad. Por otro lado, se certifique si ha existido alguna reubicación de la señora al interior del magisterio, finalmente, se certifique cual es la modalidad de contrato que la señora tiene actualmente con el magisterio.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar el estado laboral actual de la señora Sánchez; y así mostrar que laboralmente sigue activa. LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE LORICA-CORDOBA puede ser notificada en [notificacionjudicial@santacruzdelorica-cordoba.gov.co](mailto:notificacionjudicial@santacruzdelorica-cordoba.gov.co)

## 6. OFICIOS

- 6.1. Ruego se oficie a la **CLINICA GENERAL DEL NORTE**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió de la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez entre los años 2000 a 2022. Lo anterior se puede constatar con la

historia clínica aportada al proceso.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que de la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La CLINICA GENERAL DEL NORTE puede ser notificada a través del correo electrónico [juridica@clinicageneralnorte.com](mailto:juridica@clinicageneralnorte.com)

- 6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **CLINICA GENERAL DEL NORTE**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica del Dictamen de pérdida de Capacidad Laboral de la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez y Los documentos clínicos de los cuales se sirvió para emitir la PCL. Así como también, se certifique en qué fecha empezó la accionante los trámites de calificación de pérdida de capacidad laboral. El Dictamen y los demás documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de calificar a la asegurada.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes la señora Sánchez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La CLINICA GENERAL DEL NORTE puede ser notificada a través del correo electrónico [juridica@clinicageneralnorte.com](mailto:juridica@clinicageneralnorte.com)

- 6.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, certificación de las fechas en las cuales la señora Sánchez ha estado vinculada laboralmente con el magisterio. Asimismo, se certifique el estado

actual de la vinculación de la señora Sánchez con esta entidad. Por otro lado, se certifique si ha existido alguna reubicación de la señora al interior del magisterio, finalmente, se certifique cual es la modalidad de contrato que la señora tiene actualmente con el magisterio.

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

El propósito de la obtención de estos documentos es evidenciar el estado laboral actual de la señora Sánchez; y así mostrar que laboralmente sigue activa. El FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO puede ser notificada en [servicioalcliente@fiduprevisora.com.co](mailto:servicioalcliente@fiduprevisora.com.co).

- 6.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a **LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE LORICA-CORDOBA**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, certificación de las fechas en las cuales la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez ha estado vinculada laboralmente con el magisterio. Asimismo se certifique el estado actual de la vinculación de la señora Sánchez con esta entidad. Por otro lado, se certifique si ha existido alguna reubicación de la señora al interior del magisterio, finalmente, se certifique cual es la modalidad de contrato que la señora tiene actualmente con el magisterio

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

El propósito de la obtención de estos documentos es evidenciar el estado laboral actual de la señora Sánchez; y así mostrar que laboralmente sigue activa. LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE LORICA-CORDOBA puede ser notificada en [notificacionjudicial@santacruzdelorica-cordoba.gov.co](mailto:notificacionjudicial@santacruzdelorica-cordoba.gov.co)

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,

las patologías de la señora Asalia Stella Sanchez Sanchez se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo el antecedente médico que omitió informar la señora Sánchez era absolutamente indispensable 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 el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades oficiadas 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.

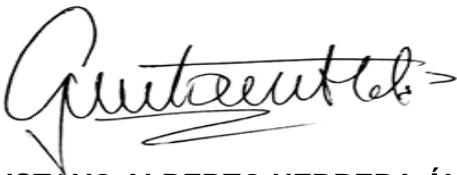
### **ANEXOS**

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

**NOTIFICACIONES**

- La parte actora en el lugar en la demanda.
- El suscrito, en la Carrera 69 No. 4-48, Oficina 502 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá [defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co)

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.