

RADICACIÓN RECURSO: PROCESO DE STELLA BASTIDAS VS BBVA SEGUROS DE VIDA //
RAD 2019-00928-00 //LVHC

GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

Mié 30/06/2021 14:15

Para: Juzgado 02 Civil Municipal - Valle Del Cauca - Cali <j02cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: lucerovaldesme@hotmail.com <lucerovaldesme@hotmail.com>; stella.bastidas@hotmail.com <stella.bastidas@hotmail.com>; jhernandez <jhernandez@gha.com.co>; GHA Laura Viviana Hernandez Castañeda <lhernandez@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (2 MB)

Anexos Recurso Proceso Rad 01900928-00 Demandante Stella Bastidas.pdf; Recurso de Reposición y en subsidio apelación Proceso Rad 2019-00928-00 Demandante Stella Bastidas.pdf;

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2) CIVIL MUNICIPAL DE CALI (VALLE)

E. S. D.

REF.: Verbal de Responsabilidad Civil Contractual.

DEMANDANTE: Stella Bastidas de León.

DEMANDADO: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

RAD.: 760014003002-2019-00928-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, en mi calidad de apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, de conformidad con lo perceptuado en el Decreto 806 de 2020, en el Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de junio de 2020 y demás normas concordantes, radico por este medio **RECURSO DE REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO EL DE APELACIÓN** en contra del auto calificado el 23 de junio de 2021 y notificado por estados el 25 de junio de la misma anualidad, con sus respectivos anexos.

Agradezco confirmar la recepción de los archivos.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 DE BOGOTÁ

T.P. 39.116 DEL C.S. DE LA J.

Señores
JUZGADO SEGUNDO (2) CIVIL MUNICIPAL DE CALI (VALLE)
E. S. D.

REF.: Verbal de Responsabilidad Civil Contractual.
DEMANDANTE: Stella Bastidas de León.
DEMANDADO: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
RAD.: 760014003002-2019-00928-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali (V), identificado con C.C. No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la T.P. No. 39.116 del C.S. de la J, de conformidad con el poder especial amplio y suficiente, que me fue conferido por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso de la referencia, el cual consta en el expediente, comedidamente manifiesto que, estando dentro del término legal oportuno, interpongo **RECURSO DE REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO APELACIÓN** en contra de los numerales 2.2.4 y 2.2.5 del auto calendado el 23 de junio de 2021, notificado en estados el 25 de junio de la misma anualidad, y por otra parte, procedo a solicitar su **ADICIÓN**, con fundamento en lo siguiente:

- En el numeral 2.2.4. del auto calendado el 23 de junio de 2021, notificado en estados el 25 de junio de la misma anualidad, el despacho resolvió rechazar la prueba consistente en la exhibición de la historia clínica por parte de la demandante y de la Nueva EPS, calificándola como superflua, indicando que en el expediente ya obra una historia clínica que da cuenta de la existencia de la hipertensión arterial del señor León Cárdenas. Sin embargo, pese a que es cierto que en el plenario obra una historia clínica emitida por la Fundación Valle de Lili, donde se hace referencia a que el señor padecía de HTA o hipertensión arterial desde el año 2009, la misma data del año 2017 y es importante reiterar al despacho que el propósito de la mencionada prueba, es evidenciar las patologías que el Asegurado (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir sus certificados individuales de los seguros; y así mostrar la reticencia con que él mismo declaró su estado de asegurabilidad. En virtud de lo anterior, el objeto de la prueba es evidenciar de manera fehaciente que el señor Cárdenas padecía de hipertensión arterial desde el año 2009 y verificar si existen otras patologías que hayan sido ocultadas a mi representada al momento de suscribir sus declaraciones de asegurabilidad.

Es preciso indicar que con el proceder del despacho, se restringe de manera injustificada el derecho fundamental de defensa y al debido proceso de mí procurada, por cuanto la limita en el ejercicio de las herramientas procesales y probatorias que el propio ordenamiento le confiere.

- En el numeral 2.2.5. del auto calendado el 23 de junio de 2021, notificado en estados el 25 de junio de la misma anualidad, el despacho resolvió negar la prueba consistente en oficiar a la Nueva EPS, señalando de manera errónea que mi representada no hizo uso del derecho de petición para obtener dicho documento. No obstante, debemos señalar que mediante escrito presentado el 04 de febrero de 2021, a través del cual se contestó la demanda, se solicitó al Despacho que se tuviera como prueba documental el derecho de petición de fecha del 27 de enero de 2021, enviado a la Nueva EPS Sede Cali, como se puede observar a continuación:

1. DOCUMENTALES.

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor José León Cárdenas asociado al crédito No.9600211325
- 1.2. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor José León Cárdenas asociado al crédito No. 9600213321
- 1.3. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
- 1.4. Comunicación del 22 de febrero de 2018 de 2019 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A dirigida al Banco BBVA Colombia, asociada al No. 9600211325.
- 1.5. Comunicación del 22 de febrero de 2018 de 2019 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A dirigida al Banco BBVA Colombia, asociada al No. 9600213321.
- 1.6. **Derecho de petición de fecha del 27 de enero de 2021, enviado a la Nueva EPS – Sede Cali.**

Se debe destacar que la prueba referida, fue solicitada dentro del momento procesal oportuno para hacerlo y se indicó de manera expresa al juzgado que no había sido posible obtenerla mediante derecho de petición presentado a la mencionada entidad. Ahora, pese a que en el plenario obra una historia clínica emitida por la Fundación Valle de Lili, donde se hace referencia a que el señor padecía de HTA o hipertensión arterial desde el año 2009, la misma data del año 2017 y es importante reiterar al despacho que el propósito de la mencionada prueba, es evidenciar las patologías que el Asegurado (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir sus certificados individuales de los seguros; y así mostrar la reticencia con que él mismo declaró su estado de asegurabilidad.

Es preciso indicar que con el proceder del despacho, se restringe de manera injustificada el derecho fundamental de defensa y al debido proceso de mí procurada, por cuanto la limita en el ejercicio de las herramientas procesales y probatorias que el propio ordenamiento le confiere.

De otro lado, procedo a solicitar la adición, en virtud de lo que preceptúa el Artículo 287 del C.G.P., para que el despacho proceda a realizar un nuevo pronunciamiento, expreso e íntegro, respecto al acápite de las pruebas de la parte demandada, con fundamento en lo siguiente:

- Mediante escrito presentado el 04 de febrero de 2021, a través del cual se contestó la demanda presentada por la parte actora, se solicitó al despacho decretar el interrogatorio de parte a la señora Stella Bastidas de León, como se puede observar a continuación:

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **STELLA BASTIDAS DE LEÓN**, identificada con cédula de ciudadanía No. 29.499.028, en su calidad de Demandante, a fin de que absuelva 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 Stella Bastidas de León podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

Dicha prueba fue solicitada dentro del momento procesal oportuno, con el fin de que la demandante absuelva el interrogatorio que le formularé 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. Sin embargo, mediante auto calendarado el día 23 de junio de 2021, y notificado el 25 del mismo mes y año, el despacho decretó las pruebas solicitadas por las partes, pero omitió pronunciarse respecto del interrogatorio de parte de la demandante solicitado por mi representada.

Teniendo en cuenta lo anterior, presento a su Despacho las siguientes:

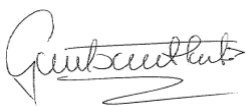
PETICIONES

1. Ruego a su despacho **REPONER** el auto auto de fecha 23 de junio de 2021, notificado en estados el 25 de junio de la misma anualidad, y en consecuencia se decrete como prueba a favor de mi representada la exhibición de documentos solicitada respecto de la demandante y la Nueva EPS.
2. Ruego a su despacho **REPONER** el auto auto de fecha 23 de junio de 2021, notificado en estados el 25 de junio de la misma anualidad, y en consecuencia se decrete como prueba a favor de mi representada la consistente en oficiar a la Nueva EPS, para que con destino a este proceso remita copia íntegra y auténtica de la historia clínica que repose en sus archivos, correspondiente al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2018, del señor José León Cárdenas, identificado con la cédula de ciudadanía No.6.299.512.
3. En virtud del artículo 287 del C.G.P., respetuosamente solicito a su Despacho **ADICIONAR** el auto auto de fecha 23 de junio de 2021, notificado en estados el 25 de junio de la misma anualidad. En el sentido de pronunciarse respecto a la prueba solicitada y en consecuencia se proceda con el decreto del interrogatorio de parte de la señora Stella Bastidas de León.
4. De manera subsidiaria solicito que se conceda el **Recurso de Apelación**, ante el superior para que, en virtud de sus competencias, resuelva sobre la reforma del Auto atacado por vía de recurso, con fundamento en lo que aquí se expone.

ANEXOS

- Copia del auto de fecha 23 de junio de 2021, notificado en estados el 25 de junio de 2021.
- Copia del escrito presentado el 04 de febrero de 2021 por parte de mi representada.
- Copia del derecho de petición de fecha del 27 de enero de 2021, enviado a la Nueva EPS – Sede Cali.
- Copia de la constancia de envío del derecho de petición.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.
T.P. No. 39.116 del C.S.J.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI

Santiago de Cali, Veintitrés (23) de Junio de Dos Mil Veintiuno
(2.021).

INTERLOCUTORIO

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE: STELLA BASTIDAS DE LEON

DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A

RADICACIÓN: 760014003002201900928-00

Teniendo en cuenta que ya se encuentra vencido el término de traslado de la demanda, el juzgado convocara a las partes a la audiencia regulada en el artículo 372 del CGP, en la que de ser el caso se dictara sentencia.

RESUELVE:

1.- CÍTESE a las partes para el día **Cinco (05) de Agosto de 2021** a las **9:30 AM**; para llevar a cabo la audiencia establecida en el artículo 372 del C.G.P. Prevéngase a los extremos procesales que en la citada audiencia, se practicarán interrogatorios a las partes, así mismo se les hace saber que su inasistencia acarreará las consecuencias establecidas en el numeral 4° del Artículo 372 del C.G.P.

2.- Teniendo en cuenta lo previsto en la norma citada y con miras a decantar las pruebas solicitadas por las partes, se procede a su decreto en la siguiente forma:

2.1. PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE

2.1.1. DOCUMENTALES: Téngase como prueba los documentos allegados con el libelo demandatorio y con el escrito que se descorre traslado a las excepciones de mérito, a los cuales se les dará el valor legal probatorio al momento de proferir sentencia.

2.2. PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDADA:

2.2.1. DOCUMENTALES: Téngase como prueba los documentos referidos en la contestación de la demanda y excepciones de mérito a los cuales se les dará el valor legal probatorio al momento de proferir sentencia.

2.2.2. DECLARACIÓN DE PARTE: Del representante legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, para que sea interrogado sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del Asegurado.

2.2.3. TESTIMONIAL: DECRETASE las declaraciones testimoniales de **CESAR AUGUSTO CARRASCAL** e **ISABELLA CARO OROZCO**, para que den cuentas de cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del Asegurado. Es carga de la parte solicitante garantizar la comparecencia de los testigos a la audiencia inicial.

2.2.4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS: Rechace por superflua la prueba consistente en que se exhiba la historia clínica (5.1 y 5.2) dado que obra en el expediente copia de la misma en la que se da cuenta de la existencia desde el año 2009 de la hipertensión arterial; asimismo ese hecho no fue aceptado por la parte actora.

Niéguese, asimismo, la solicitud (5.3) de que el Banco BBVA exhiba de las solicitudes/ certificados individuales de seguro Vida Grupo deudores suscritos por el señor José León Cárdenas correspondiente a los créditos Nos. 9600211325 y 9600213321, ya que los mismos fueron aportados con la contestación de la demanda. Además, bien pudo obtenerse dichos documentos mediante uso del derecho de petición, del cual no hay evidencia que se hizo uso. (Art. 173 inciso 2° del CGP)

2.2.5. OFICIAR: NIEGUESE la prueba de oficiar a la Nueva EPS y al Banco BBVA ya que bien pudo obtenerse dichos documentos mediante uso del derecho de petición, del cual no hay evidencia que se hizo uso. (Art. 173 inciso 2° del CGP).

3.- Dado que la audiencia será virtual, el despacho con suficiente antelación allegará a los abogados los respectivos Link para conectarse a la misma a través de la web, para ello se enviará a los correos electrónicos los enlaces. Los abogados deberán informar a sus clientes y respectivos testigos el enlace, para que asistan virtualmente a la audiencia. Es de su carga facilitar la logística y tecnología con tal propósito.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE
El Juez,

DONALD HERNAN GIRALDO SEPÚLVEDA

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2) CIVIL MUNICIPAL DE CALI (VALLE)

E.

S.

D.

REF.: Verbal de Responsabilidad Civil Contractual.

DEMANDANTE: Stella Bastidas de León.

DEMANDADO: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

RAD.: 760014003002-2019-00928-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, e identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de Apoderado Especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la Dra. ALEXANDRA ELÍAS SALAZAR, tal como se encuentra acreditado en el expediente, REASUMO el poder a mí conferido y procedo a presentar: **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL** incoada por la señora STELLA BASTIDAS DE LEÓN en contra de mi procurada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho PRIMERO: Lo indicado en este hecho es cierto. Sin embargo, el honorable Juez 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 colocaron los productos.

Frente al hecho SEGUNDO: Este hecho contiene dos afirmaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de forma separada:

- Respecto a la afirmación realizada por la parte demandante, referente a que para garantizar el pago de las obligaciones se adquirió una Póliza de Seguro de Vida, técnicamente debe aclararse que no hubo una suscripción de unas pólizas de seguro entre el señor el José León Cárdenas (Q.E.P.D) y la compañía Aseguradora, lo que se realizó fue su ingreso en calidad de asegurado, a la póliza suscrita entre mi representada y el Banco BBVA Colombia S.A. Sin embargo, es fundamental que desde este momento, el honorable Juez tome en consideración que el José León Cárdenas (Q.E.P.D) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar sus inclusiones en la póliza, 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. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

- Frente a que el ingreso del Asegurado (Q.E.P.D.) a la Póliza de vida Grupo Deudores, se realizó por cuanto así lo exigían las normas de la entidad financiera, debo manifestar que no me consta, debido a que mi representada es una entidad diferente al Banco BBVA Colombia S.A., por lo que de dichas políticas internas solo podría dar cuenta la entidad financiera.

Frente al hecho TERCERO: Este hecho es cierto conforme a la fotocopia de la cédula de ciudadanía del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D) que fue aportada con la demanda.

Frente al hecho CUARTO: No me constan las afirmaciones realizadas por la actora en este hecho; en primer lugar, debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica mi representada. En segundo lugar, porque pese a que en el expediente obran unas certificaciones expedidas por el Banco BBVA Colombia S.A., la fecha de las mismas corresponde al 25 de noviembre de 2019, es decir, que fueron suscritas hace más de un año, por esta razón, no es posible verificar lo dicho respecto al estado actual de las operaciones activas de crédito identificadas con los números 9600211325 y 9600213321, debido a que, tal información reposa en el establecimiento bancario.

Frente al hecho QUINTO: Este hecho es cierto conforme al Registro Civil de Matrimonio que se encuentra en el expediente.

Frente al hecho SEXTO: Es cierto lo indicado en cuanto a que el señor José León Cárdenas falleció el 15 de enero de 2018, de acuerdo con el certificado de defunción que obra en el expediente. No obstante, a mi procurada no le consta cual fue la causa de la muerte del asegurado, pues en su historia clínica aparecen descritas múltiples enfermedades.

De cualquier modo, es importante que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de

la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-232 de 1997, fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

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

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

Frente al hecho SÉPTIMO: Este hecho es cierto. Sin embargo, es fundamental que el honorable Juez tome en consideración que, la compañía aseguradora que represento objetó de manera seria y fundada las solicitudes realizadas por la demandante, y no llegó a un acuerdo con la misma en la audiencia de conciliación extrajudicial, debido a que el señor José León Cárdenas (Q.E.P.D) fue reticente, pues en el momento de solicitar sus inclusiones en la póliza, 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. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con

examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Frente al hecho OCTAVO: Este hecho contiene varias manifestaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de forma separada:

1. Si bien es cierta la existencia de la comunicación del 22 de febrero de 2018, mediante la cual la compañía de seguros se negó a hacer efectivas las pólizas, es necesario precisar que tal negativa deviene de la evidente reticencia con la que el Asegurado (Q.E.P.D.) suscribió los formularios contentivos de las declaraciones de asegurabilidad.

En efecto, el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Como se ha explicado, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador. Es claro que si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

2. Respecto a que no tiene efectos la reticencia, porque la hipertensión arterial no tiene relación directa con el fallecimiento del señor, debo enfatizar que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-232 de 1997, fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

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

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

3. Referente a que mi representada no realizó exámenes médicos para conocer el estado de salud del señor León Cárdenas, se resalta que la compañía aseguradora no se encuentra en la obligación de practicar o solicitar la realización de los mismos. En este punto, es preciso traer a colación la Sentencia T-058 del 2016, proferida por la Corte Constitucional, en donde se indicó lo siguiente:

"Adicionalmente, la accionante sostiene que la entidad no le realizó exámenes médicos para confrontarlos con su declaración, ni accedió a su historia clínica, pese a tener autorización para el efecto. Al respecto, sobre este punto, como quedó establecido en el acápite de pruebas, se recuerda que la actora al responder la declaración de asegurabilidad contenida en el anexo 1 de la póliza marcó la casilla de "No" a todas las preguntas que se le realizaron sobre su estado de salud, entre ellas, si sufría de trastornos mentales o psiquiátricos o enfermedades en los músculos. De igual manera, marcó la casilla "No" a la pregunta genérica de si "Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente".

En ese orden de ideas, y como se insistió previamente, **cuando se contratan seguros de vida, salvo pacto en contrario, debe atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que deja a la autonomía de las partes la posibilidad de realizar un examen médico, sin que ello sea óbice para que el asegurado quede exento de la obligación de veracidad en la declaración del estado del riesgo, lo cual se explica desde la característica principal del contrato de seguro, esto es, ser un negocio fundado en el principio de máxima buena fe.**" (Sub líneas y negrilla fuera de texto)

Igualmente, es de gran relevancia invocar la sentencia 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 éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**

En consecuencia, del examen de constitucionalidad realizado por la Corte, se resalta que 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.**

Así las cosas, es claro que mi representada no tenía la obligación de practicar exámenes médicos como aduce la actora, y por el contrario, el Asegurado (Q.E.P.D.), si tenía la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, en virtud del principio de la buena fe.

4. No es cierto que en el momento de la colocación de los productos hayan existido deficiencias en la información brindada al Asegurado (Q.E.P.D.). Resulta de suma importancia que el honorable despacho tome en consideración la sentencia proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá de fecha del 14 de septiembre de 2020 en donde claramente se adujo:

“Ahora, si se admitiera que de la acción de no leer un documento, acto de liberalidad de quien así procede, emanan consecuencias adversas para la entidad bancaria, **con ello se desconocería el principio según el cual nadie puede sacar provecho de su propia culpa, afirmar lo contrario, no sería otra**

cosa que aceptar que la culpa, la imprudencia o la negligencia son conductas jurídicamente protegidas, lo que no es cierto.

(...)

9. Ahora, si el Tribunal aceptara como lo hizo la funcionaria de primera instancia que el demandante no leyó el documento de asegurabilidad, se advierte que en un caso de contornos similares, esta Sala con apoyo en la sentencia del 28 de febrero de 2005 proferida por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia dentro del expediente 7504 (reiterada en pronunciamientos del 7 de febrero de 2008, 30 de agosto de 2011, 5 de diciembre de 2011 21 de febrero de 2012) que trata sobre el deber de diligencia de los contratantes, concluyó que:

"11.- En tales circunstancias, de la jurisprudencia reseñada en **precedencia surge indiscutible que la actora se expuso injustificadamente al riesgo, en la medida que, tal y como ella misma lo indicó en su interrogatorio de parte no leyó el certificado de asegurabilidad a través del cual declaraba su condición de salud, sin que tal conducta resulte excusable**, pues de un lado, corresponde al consumidor financiero asesorarse respecto de los servicios que está contratando y, de otro, obrar con el mínimo de diligencia a fin de establecer qué tipo de legajos está firmando y cuál era su contenido (...) ¹" (subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir del mencionado fallo, el Tribunal Superior de Bogotá claramente expresa que el hecho de no leer los documentos que se firman es una conducta inexcusable para los consumidores. Circunstancia que se encuentra muy ligada con la máxima del derecho consistente en que nadie puede aprovecharse de su propia culpa. Lo que indefectiblemente quiere decir, que no es válido afirmar que no se leyeron los documentos que se firmaron para buscar restarle efectos jurídicos a los mismos, lo que por sustracción de materia significa, que la falta de lectura es una conducta únicamente atribuible al asegurado y a nadie más que al asegurado. Es más, es fundamental tomar en cuenta otra sentencia que en el mismo sentido profirió el Tribunal Superior de Bogotá al explicar lo siguiente:

"11.- En tales circunstancias, de la jurisprudencia reseñada en precedencia surge indiscutible que la actora se expuso injustificadamente al riesgo, en la medida que, tal y como ella misma lo indicó en su interrogatorio de parte no leyó el certificado de asegurabilidad a través del cual declaraba su condición de salud, sin que tal conducta resulte excusable, pues de un lado, corresponde al consumidor financiero asesorarse respecto de los servicios que ésta contratando y, de otro, obrar con el mínimo de diligencia a fin de establecer qué tipo de legajos está firmando y cuál era su contenido, sumado al hecho que como bien lo afirma la parte apelante se trata de una profesional que se dedica a la docencia en lengua castellana, de ahí que su argumentación frente a este tópico no la exonera de su responsabilidad ²(subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de lo previamente mencionado, es claro que la falta de lectura de los documentos que se firman es una conducta únicamente reprochable respecto del asegurado, debido a que nadie puede verse beneficiado por su propia culpa. En tal virtud, la falta de lectura de los formularios de asegurabilidad no le resta los efectos jurídicos a los mismos, y mucho menos, permite desconocer la evidente reticencia con la que el señor José León Cárdenas

¹ Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil. Sentencia del 14 de septiembre de 2020. Proceso Verbal del señor Jair Alfonso Hinojosa Manga contra el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A., BBVA S.A y la sociedad BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Radicado 003-2018-02196-01. MP. María Patricia Cruz Miranda.

² Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil. Sentencia del 31 de agosto de 2020. Proceso verbal de protección al consumidor financiero de Glenda María Rojas García contra el Banco BBVA Colombia S.A y BBVA Seguros de Vida Colombia SA. EXP201901496-01. MP. Doctor Eduardo Ferreira Vargas.

suscribió tales documentos, sin informar el precario estado del riesgo que deseaba trasladarle al Asegurador.

De conformidad con lo anterior, se debe resaltar el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, los cuales establecen deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero. La norma previamente citada crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

"ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

(...)

b) **Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir** o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.

(...)

d) **Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato** y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos. (Sub líneas y negrilla fuera del texto original)"

En consecuencia, esta norma crea la obligación en cabeza de los consumidores de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o sobre los que piensan obtener. En consecuencia, no resulta jurídicamente admisible establecer que no se leyeron los documentos que se firmaron, para intentar enervar el contenido, efecto y alcance de los mismos.

Frente al hecho NOVENO: Este hecho contiene varias manifestaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de forma separada:

1. Tal como lo confiesa la apoderada en este hecho (Art. 193 Código General del Proceso), el señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) padecía de Hipertensión Arterial desde el año 2009, moderada o no, ese no es el punto de discusión porque en las declaraciones de asegurabilidad solo se pregunta si padece de "**TENSIÓN ARTERIAL ALTA**", no se hace alusión a que sea grave o moderada.

Para los días 30 de abril y 23 de mayo del año 2013, fechas en la cuales el asegurado (Q.E.P.D.) solicitó sus aseguramientos, se le formularon dos cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad), en los cuales 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, en la declaración de asegurabilidad relacionada con la obligación crediticia No. 9600213321, solo contestó que si en cuanto a que tenía

- Declaración de asegurabilidad que data del 23 de mayo de 2013

BBVA **BBVA Seguros**

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 0110043

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización e Incapacidad Total Temporal, Desempleo.

BBVA COLOMBIA S.A.

2013 CH C21

860.003.020-1

Fin del crédito a las 24 horas

2013

6.299.512

62

383551620

John León Cárdenas

15 9 1951

John León Cárdenas

16.94

849 135

201309160960071315

\$ 52.500.000

\$ 70.961

Todas las preguntas deben ser contestadas a menos que el asegurado en forma libre de usar negar el conflicto

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?

¿Ha sido sometido a tratamiento psicológico o por drogadicción?

¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas o órganos?

Sistemas circulatorios o sanguíneos

Parálisis, epilepsia, vértigo, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso

Resaca, diabetes o enfermedades del sistema endocrino

Pneumonia, artrosis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna

Enfermedades del hígado, anemia, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hematológico o enfermedades neurológicas

Dolor en el pecho, resaca arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón

Enfermedades renales-cálculos renales-testículos

Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio

Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, estómag, vesícula, hígado, diabetes frecuentes o enfermedades del sistema digestivo

Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos

Cáncer o tumores de cualquier clase

Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?

¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.

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

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

2. Ahora bien, respecto a que en la póliza quedó registrado que practicaba natación o atletismo, manifiesto que es un situación que nada tiene que ver con la configuración del fenómeno jurídico de reticencia, pues se recuerda que el mismo se fundamenta es en la obligación que tenía el Asegurado (Q.E.P.D.) de declarar sinceramente el estado del riesgo, según el cuestionario que fue propuesto por la compañía aseguradora, de conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del C. Co.

Con todo, no puede ser de recibo para el despacho lo que indica la apoderada en este hecho, pues lo que se discute no es la gravedad de la enfermedad que padecía el señor José León Cárdenas, sino el incumplimiento a la obligación que tenía de declarar sinceramente el estado del riesgo, en virtud del principio de la buena fe.

Frente al hecho DÉCIMO: No me constan las afirmaciones realizadas en este hecho, respecto a la consulta médica del 13 de septiembre de 2010 a la que aquí se hace referencia y tampoco se identifica la relevancia que puede generar en el proceso. Se resalta nuevamente que, el debate jurídico que se suscita en este proceso no es la gravedad de la Hipertensión Arterial que padecía el señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.), sino el incumplimiento a la obligación que tenía de

declarar sinceramente el estado del riesgo, según el cuestionario que fue propuesto por la compañía aseguradora, en virtud del principio de la buena fe; que configuró de manera clara e ineludible el fenómeno jurídico de reticencia.

Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO: Es cierto que la Hipertensión Arterial que padecía el actor no está asociada a su fallecimiento. Sin embargo, se resalta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa del fallecimiento del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-232 de 1997, fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

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

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

Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO: Este hecho contiene varias manifestaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de forma separada:

1. Respecto a que la negativa de la aseguradora ignora razones de derecho que la obligan a reconocer el pago de la póliza, manifiesto que se trata de una afirmación que no es cierta y que no tiene ningún tipo de sustento jurídico, debido a que mi representada, amparada precisamente en la norma, se negó a hacer efectivas las pólizas y es necesario precisar que tal negativa deviene de la evidente reticencia con la que el Asegurado (Q.E.P.D.) suscribió los formularios contentivos de las declaraciones de asegurabilidad.

En efecto, el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Como se ha explicado, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador. Es claro que si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Existiendo razones más que suficientes para no realizar un pago al cual no se encuentra obligada con motivo del incumplimiento a la obligación que tenía el Asegurado (Q.E.P.D.) de declarar sinceramente el estado del riesgo, en virtud del principio de la buena fe.

2. Referente a que la prima del seguro se continúa cobrando a la fecha, debemos indicar que, tal como se indicó en el hecho número 1, la demandante Stella Bastidas adquirió los créditos referidos en compañía del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.), por lo que también funge como asegurada dentro de la póliza de seguro de vida.
3. No me consta lo afirmado respecto al cumplimiento de la obligación frente al Banco BBVA Colombia S.A., pues se trata de una entidad diferente a mi representada. Sin embargo, pese a que en el expediente obran unas certificaciones expedidas por el banco, la fecha de las mismas corresponde al 25 de noviembre de 2019, es decir, que fueron suscritas hace más de un año, por esta razón, no es posible verificar lo dicho respecto al cumplimiento de las obligaciones crediticias identificadas con los números 9600211325 y 9600213321, debido a que, tal información reposa en el establecimiento bancario.
4. No es cierto que al inicio de la relación contractual el Asegurado (Q.E.P.D.) haya ofrecido la información que se le solicitó y tampoco que no ocultara información a la compañía aseguradora, pues como se explicó anteriormente, el señor Cárdenas faltó a la verdad en las declaraciones de asegurabilidad, cuando se le preguntó si padecía de “*TENSIÓN*

ARTERIAL ALTA", incumpliendo la obligación que tenía de declarar sinceramente el estado del riesgo, en virtud del principio de la buena fe; que configuró de manera clara e ineludible el fenómeno jurídico de reticencia.

5. Respecto a que la compañía aseguradora no realizó las verificaciones del caso, manifiesto nuevamente que, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no se encuentra en la obligación de practicar o solicitar la realización de exámenes médicos. En este punto, es preciso traer a colación la Sentencia T-058 del 2016, proferida por la Corte Constitucional, en donde se indicó lo siguiente:

"Adicionalmente, la accionante sostiene que la entidad no le realizó exámenes médicos para confrontarlos con su declaración, ni accedió a su historia clínica, pese a tener autorización para el efecto. Al respecto, sobre este punto, como quedó establecido en el acápite de pruebas, se recuerda que la actora al responder la declaración de asegurabilidad contenida en el anexo 1 de la póliza marcó la casilla de "No" a todas las preguntas que se le realizaron sobre su estado de salud, entre ellas, si sufría de trastornos mentales o psiquiátricos o enfermedades en los músculos. De igual manera, marcó la casilla "No" a la pregunta genérica de si "*Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente*".

En ese orden de ideas, y como se insistió previamente, **cuando se contratan seguros de vida, salvo pacto en contrario, debe atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que deja a la autonomía de las partes la posibilidad de realizar un examen médico, sin que ello sea óbice para que el asegurado quede exento de la obligación de veracidad en la declaración del estado del riesgo, lo cual se explica desde la característica principal del contrato de seguro, esto es, ser un negocio fundado en el principio de máxima buena fe.**" (Sub líneas y negrilla fuera de texto)

Así las cosas, es claro que mi representada no tenía la obligación de verificación, como la practicar exámenes médicos, y por el contrario, el Asegurado (Q.E.P.D.), si tenía la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, en virtud del principio de la buena fe.

6. No es cierto que la compañía aseguradora que represento haya dado un trato desigual y discriminatorio a la demandante, pues su actuación se encuentra amparada en la Ley, por los siguientes motivos:
 - a) Si bien es cierto, la compañía de seguros se negó a hacer efectivas las pólizas, pero es necesario precisar que tal negativa deviene de la evidente reticencia con la que el Asegurado (Q.E.P.D.) suscribió los formularios contentivos de las declaraciones de asegurabilidad, que se aportan como prueba y se anexan a este escrito. En efecto, el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Como se ha explicado, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador. Es claro que si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial con anterioridad al

perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

- b) Adicional a ello, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte del mismo, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.
- c) Como se explicó anteriormente, la compañía aseguradora tampoco se encuentra en la obligación de practicar o solicitar la realización de exámenes médicos, y por el contrario, el Asegurado (Q.E.P.D.), si tenía la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, en virtud del principio de la buena fe.
- d) Tampoco existieron deficiencias en la información brindada al Asegurado (Q.E.P.D.), pues el hecho de no leer los documentos que se firman es una conducta inexcusable para los consumidores. Circunstancia que se encuentra muy ligada con la máxima del derecho consistente en que nadie puede aprovecharse de su propia culpa.
- e) Igualmente, se debe resaltar el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, los cuales establecen deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero. Esta norma crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

"ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

(...)

b) **Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir** o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.

(...)

d) **Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato** y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos. (Sub líneas y negrilla fuera del texto original)"

En consecuencia, esta norma crea la obligación en cabeza de los consumidores de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o sobre los que piensan obtener.

Teniendo en cuenta los anteriores aspectos, aclaro que NO ES CIERTO, lo que pretende aducir en este punto la apoderada de la demandante, pues mi representada en ningún momento le dio un trato desigual o discriminatorio. Es claro que la decisión de objetar las solicitudes presentadas por la señora Bastidas, fueron soportadas con base en lo estipulado en el artículo 1058 del C. Co., y por tanto, no es correcto que realice esas aseveraciones sin contar con un fundamento fáctico y jurídico que las apoye.

Frente al hecho DÉCIMO TERCERO: Este hecho es cierto. Sin embargo, es fundamental que el honorable Juez tome en consideración que, la compañía aseguradora que represento no llegó a un acuerdo con la demandante en la audiencia de conciliación extrajudicial, debido a que el señor José León Cárdenas (Q.E.P.D) fue reticente, pues en el momento de solicitar sus inclusiones en la póliza, 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. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Frente al hecho DÉCIMO CUARTO: Este hecho es cierto, de conformidad con los certificados de préstamos hipotecarios que obran en el expediente.

Frente al hecho DÉCIMO QUINTO: No me constan las afirmaciones realizadas por la actora en este hecho, debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica mi representada. Es importante aclarar al despacho que el Banco BBVA Colombia S.A. es una entidad diferente de mi procurada, por lo que los depósitos a cuenta de ahorros que presenta la parte actora son desconocidos para esta, y adicional a ello, en los mismos no se logra verificar que tipo de pago se está realizando. Así las cosas, quien debe certificar tal información es el establecimiento bancario.

Frente al hecho DÉCIMO SEXTO: No me constan las afirmaciones realizadas por la actora en este hecho. Por lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del C.G.P., la

demandante deberá demostrar los alcances de las manifestaciones aquí contenidas, si es que pretende derivar algún tipo de pretensión implícita o consecuencia jurídica de éstas.

Finalmente, es importante aclarar al despacho que el Banco BBVA Colombia S.A. es una entidad diferente de mi procurada.

Frente al hecho DÉCIMO SÉPTIMO: Este numeral contiene varias manifestaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de forma separada:

1. No es cierto que mi representada ignore razones de derecho que la obligan a reconocer el pago de la póliza, como se ha explicado a lo largo de este escrito, el señor José León Cárdenas (Q.E.P.D) fue reticente, pues en el momento de solicitar sus inclusiones en la póliza, 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. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia. Por lo anterior, la decisión de mi representada cuenta con el respectivo fundamento legal.
2. Referente a que la prima del seguro se continúa cobrando a la fecha, debemos indicar que, tal como se indicó en el hecho número 1, la demandante Stella Bastidas adquirió los créditos referidos en compañía del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.), por lo que también funge como asegurada dentro de la póliza de seguro de vida.

Frente al hecho nombrado nuevamente como DÉCIMO SÉPTIMO: Este hecho es cierto, de conformidad con el poder que obra en el expediente.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostenta la calidad de asegurada debe ser

declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como consecuencia de la reticencia con la que el señor León Cárdenas suscribió las declaraciones de asegurabilidad.

Frente a la pretensión PRIMERA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, habida cuenta de que el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a los perfeccionamientos de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión SEGUNDA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, habida cuenta de que el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a los perfeccionamientos de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión TERCERA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es cierto que la aseguradora haya incumplido con el pago, pues no era jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de esta, habida cuenta de que el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a los perfeccionamientos de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión CUARTA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es cierto que la aseguradora haya incumplido con el pago, pues no era jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de esta, habida cuenta de que el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque

en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a los perfeccionamientos de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión QUINTA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, habida cuenta de que el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a los perfeccionamientos de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión SEXTA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, habida cuenta de que el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al

perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a los perfeccionamientos de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión SÉPTIMA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, habida cuenta de que el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a los perfeccionamientos de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión OCTAVA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, habida cuenta de que el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con

anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador, pues es claro que si mi procurada hubiera conocido la Hipertensión Arterial que padecía con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a los perfeccionamientos de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión NOVENA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, pues no hay valor que se adeude que deba ser indexado.

Frente a la pretensión DÉCIMA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, pues no hay valor que se adeude que deba ser indexado.

Frente a la pretensión DÉCIMA PRIMERA: Me opongo, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho.

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

I. NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO JOSÉ LEÓN CÁRDENAS.

Es fundamental que desde ahora el honorable Juez tome en consideración que el señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de sus aseguramientos, 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, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de

sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

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 informar 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 éste 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**"³. (Sub líneas fuera del texto original)

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

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

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

³ 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.

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. (Sub líneas fuera del texto original)

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

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

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”⁴ (Sub líneas y negrilla fuera del texto original)

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

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, 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."⁵ (Sub líneas y negrilla fuera del texto original)

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

"Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.**

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la "ubérrima buena fe" que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza."⁶ (Sub líneas y negrilla fuera del texto original)

No obstante y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia 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 éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente

⁵ 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.

⁶ 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.

imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra,** es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bona fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**

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 bajo la *uberrimae bona fidei contractus* o buena fe calificada, 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 los días 30 de abril y 23 de mayo del año 2013, fechas en las cuales el asegurado (Q.E.P.D.) solicitó sus aseguramientos, se le formularon dos cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad), en los cuales 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, en la declaración de asegurabilidad relacionada con la obligación crediticia No. 9600213321, solo

contestó que si en cuanto a que tenía enfermedades en los ojos, no obstante, cuando se pregunta sobre la tensión arterial alta, respondió negativamente; en la declaración de asegurabilidad relacionada con la obligación crediticia No. 9600211325, el asegurado (Q.E.P.D.) respondió negativamente en la totalidad del cuestionario; y en la declaración de asegurabilidad relacionada con la obligación crediticia, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor José León Cárdenas (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de abril del año 2013, negó la existencia de sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citadas declaraciones de asegurabilidad, en las que se evidencian las respuestas negativas y falsas del asegurado (Q.E.P.D.), y que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 30 de abril de 2013:**

[illegible]

- **Declaración de asegurabilidad que data del 23 de mayo de 2013**

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	JOSE LEON CARDENAS	Documento de Identificación:	6299512
Fecha de Nacimiento:	15/09/1951	Edad:	66 Años
Municipio de origen:	CALI	Municipio de Residencia:	CALI
Estado Civil:	Casado	Estrato:	4
Escolaridad:	PROFESIONAL	Ocupación:	Jubilado o Pensionado
Etnia:	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad:	Sin Discapacidades
Desplazado:	No	Familias en Acción:	No
Dirección:	cra 102 # 25-83	Teléfono:	318-3554
Genero:	MASCULINO	Religión:	Catolica
Celular:	(331) 835-5462	Correo electrónico:	
Tipo de Usuario:	BENEFICIARIO		

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: HTA (sin control en Nueva EPS)
Profesional : ALEJANDRA AGUDELO SATIZABAL Registro: 811830 Fecha : 24/12/2009
Patológicos: HTA (sin control en Nueva EPS)
Profesional : IVAN CASTRO Registro: 9592 Fecha : 14/07/2012
Patológicos: HTA (sin control en Nueva EPS)
Profesional : IVAN CASTRO Registro: 9592 Fecha : 13/01/2014
Patológicos: HTA
Profesional : VADEN URBANA VANDERBILT ARTE DENTISTAS Registro: 6186410623 Fecha : 11/08/2017

Documento: Historia Clínica NUEVA EPS – SEDE CALI.
Transcripción parte esencial: **"ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE**
ANTECEDENTES PERSONALES
Patológicos: HTA (sin control en Nueva EPS)
Profesional: ALEJANDRA AGUDELO SATIZABAL Registro 811830 Fecha: 24/12/2009
Patológicos: HTA (sin control en Nueva EPS)
Profesional: IVÁN CASTRO Registro 9592 Fecha: 14/07/2012
"(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que desde el año 2009 el Asegurado (Q.E.P.D.) fue diagnosticado con una Hipertensión Arterial. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de sus aseguramientos.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Hipertensión Arterial no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor José León Cárdenas se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad. En este sentido, basta con analizar su información médica de los años 2009 y 2012, en donde se observan claramente registros de su Hipertensión. Lo que indiscutiblemente significa, que el asegurado (Q.E.P.D.) ha sufrido de esta patología durante varios años, y aun así, no la puso de presente mediante los cuestionarios de salud que firmó.

Resulta claro que el diagnóstico de Hipertensión Arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo que cuenta con una multiplicidad de registros en la historia clínica que se obra en el expediente. 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 el asegurado (Q.E.P.D.) suscribió sus declaraciones de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor José León Cárdenas ya había sido diagnosticado con una Hipertensión con anterioridad al mes de abril del año 2013, fecha en la que se perfeccionó su primer seguro, y **(ii)** que esta patología es sumamente relevante para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad altera ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del

siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye la Hipertensión que padeció el Asegurado (Q.E.P.D.), y que por supuesto él debió informar, ya que de haber sido conocida por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. Expresamente se le preguntó al Asegurado (Q.E.P.D.), lo siguiente:

"(...) ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?
(...)
Dolor en el pecho, **tensión arterial alta**, infarto o cualquier enfermedad del corazón.
(...)
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: **(i)** que a pesar de que el señor José León Cárdenas había sido diagnosticado con una "*Hipertensión Arterial*", faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por tensión arterial alta, y **(ii)** que pese a que padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, el Asegurado (Q.E.P.D.) padecía y conocía de la existencia de su Hipertensión. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de ésta a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio de los cuestionarios su patología le fue preguntada expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que el señor José León Cárdenas no informó a mi procurada de la existencia de su *Hipertensión* en el momento en que suscribió sus declaraciones de asegurabilidad en el año 2013. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de sus aseguramientos en los términos del artículo 1058 del C. Co, 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 esta enfermedad.

En resumen, el señor José León Cárdenas fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que la enfermedad que el Asegurado (Q.E.P.D.) negó en el momento de perfeccionar sus seguros es supremamente relevante para el Asegurador. Es claro que si mi representada hubiera conocido la *Hipertensión* con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado (Q.E.P.D.), para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso 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. Los aseguramientos del señor José León Cárdenas deben declararse nulos, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de sus seguros. Más aun, cuando su Hipertensión le fue preguntada expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

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

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

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

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

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

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

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

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁷.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁸. 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

⁷ 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.”

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

desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁹". (Subrayado fuera del texto original)

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

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo**, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁰

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹¹, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

(...)

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

⁹ 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.

¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

¹¹ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

"Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de uberrima 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...**"¹² (sub línea y negrilla fuera del texto original).

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

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en

¹² LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editordis Ltda., 2010. P, 164.

un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aun, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

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

Resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

"4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)" 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro". (negrilla y subrayas fuera del texto)".¹³

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 Gutiérrez¹⁴, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza

¹³ 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.

¹⁴ Ibid.

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»." (Subrayas 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 llegarse a entender, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

"Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae 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 ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado 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 éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058

del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que **(i)** el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y **(ii)** que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

IV. 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 honorable Juez tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

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

En conclusión, dado que el señor José León Cárdenas fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos, es claro que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. puede RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA.

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

V. FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA

La legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

"(...) la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra

legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”¹⁵. (sub líneas y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva, y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda - legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado - legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. **Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones,** toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”¹⁶ (sub líneas y negrilla fuera del texto original)

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)”¹⁷.

Es más, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la sentencia expuso:

“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. **En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso.** Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.” (sub líneas y negrilla fuera del texto original)¹⁸

Con todo, se puede concluir que, si no existe una relación de la parte demandante con los hechos de la demanda, no habrá legitimación en la causa y el juzgador no podrá proferir una sentencia

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, sentencia del veinticinco (25) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571-01(1275-08).

¹⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

¹⁷ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P Maria Elena Giraldo, Rad: 10973

¹⁸ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

que acceda a las pretensiones. Ahora bien, para demostrar la falta absoluta de legitimación en la causa por activa en el caso concreto, es indispensable que se tenga en cuenta que en el contrato de Seguro Vida Grupo Deudores figura como tomador y beneficiario del mismo el Banco BBVA.

Lo anterior quiere decir que, dado que la demandante no es beneficiaria de la póliza de seguro anteriormente mencionada, no se encuentra legitimada en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, la única persona que se encuentra legitimada para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado, es aquella que ostente la calidad de beneficiario del mismo, lo que en el presente caso traduce, que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad Bancaria.

La Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, específicamente en casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, en donde ha establecido que:

"A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como "beneficiario de dicho contrato", el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como "especial destinación" cubrir el "saldo insoluto de la obligación" a la muerte del deudor asegurado.

Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S. A., aparecía como el "exclusivo titular del crédito", o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el "**único legitimado para efectuar la reclamación.**"

(...)

En suma, como en la sentencia se reconoció que el "único" beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que **en ningún error de hecho**, con las características de manifiesto y trascendente, **pudo incurrir el Tribunal**, porque el adjetivo "único" necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan

Desde luego que nadie desconoce, como así se reconoce en el contexto de la acusación y se afirma desde la propia demanda, que en el contrato de seguros de que se trata, **la calidad de beneficiario la tenía el titular del crédito**. Distinto es que la condición de beneficiarios del seguro, los demandantes la hicieran derivar del hecho de que el banco acreedor no hubiere insistido ante la aseguradora en la reclamación y en su lugar haya acudido a demandar judicialmente el pago del saldo de la obligación contra uno de los codeudores solidarios.

Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del "exclusivo titular del crédito", porque se trataba de un "contrato de seguro destinado al pago de la deuda" que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del "saldo insoluto de la obligación" que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.

Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la "cónyuge" e "hijos" del deudor fallecido, porque el destino de la suma asegurada, convertían al

tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el **"único" legitimado para reclamar la indemnización**, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios. Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho **que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda** "contra los otros codeudores solidarios si los hay"

(...)

En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que **el Tribunal no pudo violar directamente**, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas".¹⁹ (Subrayado fuera del texto original).

Como se pudo constatar previamente, para la Corte Suprema de Justicia, especialmente en materia específica de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que la Demandante no se encuentra legitimada en la causa por activa para exigir el cumplimiento de los contratos de seguro identificados previamente, en consecuencia, no puede ella pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dichos contratos. Máxime cuando la parte demandante renunció a vincular al presente trámite a la entidad financiera.

En conclusión, ruego al Honorable Despacho tener por probada esta excepción debido a que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al Banco BBVA y no a la Demandante.

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

VI. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01)

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

I. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

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

- **Valor asegurado para la póliza que ampara la obligación crediticia No. 9600211325:**

Que: El (la) Señor (a) **JOSE LEON CARDENAS (Q.E.P.D)**, identificado (a) en vida con cédula de ciudadanía No. **6.299.512**, adquirió la obligación No. **0013-0746-03-9600211325** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Individual Deudores** No. **02 305 0001276010**, certificado No. **0013-0746-08-4000099464**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	*VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$32,165,594.42
Incapacidad total y permanente	\$32,165,594.42

- **Valor asegurado para la póliza que ampara la obligación crediticia No. 9600213321**

Que: El (la) Señor (a) **JOSE LEON CARDENAS (Q.E.P.D)**, identificado (a) en vida con cédula de ciudadanía No. **6.299.512**, adquirió la obligación No. **0013-0746-09-9600213321** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Individual Deudores** No. **02 305 0001268527**, certificado No. **0013-0746-01-4000098425**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	*VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$36,514,229.91
Incapacidad total y permanente	\$36,514,229.91

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

II. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LAS OBLIGACIONES.

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 Juez considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente a los saldos insolutos de las obligaciones a fecha del fallecimiento.

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

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

- 1.1.** Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor José León Cárdenas asociado al crédito No.9600211325
- 1.2.** Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor José León Cárdenas asociado al crédito No. 9600213321
- 1.3.** Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
- 1.4.** Comunicación del 22 de febrero de 2018 de 2019 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A dirigida al Banco BBVA Colombia, asociada al No. 9600211325.
- 1.5.** Comunicación del 22 de febrero de 2018 de 2019 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A dirigida al Banco BBVA Colombia, asociada al No. 9600213321.
- 1.6.** Derecho de petición de fecha del 27 de enero de 2021, enviado a la Nueva EPS – Sede Cali.

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 **STELLA BASTIDAS DE LEÓN**, identificada con cédula de ciudadanía No. 29.499.028, en su calidad de Demandante, a fin de que absuelva 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 Stella Bastidas de León podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1.** Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del C.G.P, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del Asegurado (Q.E.P.D.).

4. TESTIMONIALES

- 4.1.** Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **CESAR AUGUSTO CARRASCAL**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.19.143.319, profesional médico adscrito a la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia clínica, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del Asegurado (Q.E.P.D.).

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud, cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías clínicas del Asegurado (Q.E.P.D.), así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por él, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la carrera 15 No. 95 – 65 piso 6 en la ciudad de Bogotá. Correo electrónico: defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

- No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del C.G.P., se autorice al testigo 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 el testigo actualmente se encuentra domiciliado y además residen en la ciudad de Bogotá.
- En subsidio, siguiendo lo señalado por los artículos 37, 171 y siguientes del C.G.P., respetuosamente solicito que, en el evento en el que el Juzgado no cuente con la tecnología suficiente para recibir la declaración de manera virtual, se libre Despacho Comisorio a los Juzgados Civiles Municipales de Bogotá, para que reciban la declaración del testigo solicitado a través del presente escrito de contestación.

- 4.2. Sírvasse citar y hacer comparecer a la Doctora **ISABELLA CARO OROZCO**, asesora externa de la 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 del Asegurado (Q.E.P.D.). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado (Q.E.P.D.), así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por él, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La Dra. Caro, podrá citarse en el correo electrónico: isabella.caro23@outlook.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa

autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **ALA DEMANDANTE** para que exhiba copia íntegra de la Historia Clínica del señor José León Cárdenas correspondiente al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2018, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el Asegurado (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que él 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 **NUEVA EPS – SEDE CALI**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la historia clínica que repose en sus archivos, correspondiente al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2018, del señor José León Cardenas, identificado con la cédula de ciudadanía No. 6.299.512 Vale la pena agregar, que el citado documento se encuentra en poder de la mencionada entidad, tal y como consta en el fragmento de la Historia Clínica aportado a este proceso.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el Asegurado (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales del seguro; y así mostrar la reticencia con que ella misma declaró su estado de asegurabilidad.

NUEVA EPS – SEDE CALI puede ser notificada en el correo electrónico: secretaria.general@nuevaeps.com.co

- 5.3.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al banco **BBVA COLOMBIA S.A.** exhibir en la oportunidad procesal correspondiente el original, o en su defecto una copia legible, de las solicitudes / certificados individuales de seguro Vida Grupo deudores suscritos por el señor José león Cárdenas correspondiente a los créditos Nos. 9600211325 y 9600213321.

El propósito de la exhibición de este documento consiste acreditar la reticencia con que el Asegurado (Q.E.P.D.) declaró su estado de asegurabilidad, al contestar negativamente todos y cada uno de los interrogantes plasmados en aquellas declaraciones. Así mismo, se pretende acreditar que dicho documento contiene información legible y completamente clara para cualquier potencial asegurado.

Por otro lado, vale la pena agregar, que los documentos originales se encuentra en poder de la mencionada entidad bancaria, quien tiene esas documentales debido a que la vinculación al seguro por parte de los diferentes asegurados se realiza en virtud del acuerdo que tiene aquella entidad con mi representada, razón por la que, desde ahora, se solicita al honorable Juez que ordene su exhibición.

El Banco Bbva Colombia S.A puede ser notificado en la carrera 9 No. 72-21 Piso 10 en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico notifica.co@bbva.com

6. OFICIOS

- 6.1. Respetuosamente solicito al Despacho se oficie a la **NUEVA EPS – SEDE CALI** para que con destino a este proceso remita copia íntegra y auténtica de la historia clínica que repose en sus archivos, correspondiente al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2018, del señor José León Cárdenas, identificado con la cédula de ciudadanía No.6.299.512. Vale la pena agregar, que el citado documento se encuentra en poder de la mencionada entidad, tal y como consta en el fragmento de la Historia Clínica aportado a este 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 este documento, es evidenciar las patologías que el Asegurado (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir sus certificados individuales de los seguros; y así mostrar la reticencia con que ella misma declaró su estado de asegurabilidad.

NUEVA EPS – SEDE CALI puede ser notificada en el correo electrónico: secretaria.general@nuevaeps.com.co

- 6.2. Respetuosamente solicito al Despacho se oficie al banco **BBVA COLOMBIA S.A** para que con destino a este proceso remita el original, o en su defecto o en su defecto una copia legible, de las solicitudes / certificados individuales de seguro Vida Grupo deudores suscritos por el señor José León Cárdenas correspondiente a los créditos Nos. 9600211325 y 9600213321.

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 este documento consiste acreditar la reticencia con que el Asegurado (Q.E.P.D.) declaró su estado de asegurabilidad, al contestar negativamente todos y cada uno de los interrogantes plasmados en aquellas declaraciones. Así mismo, se pretende acreditar que dicho documento contiene información legible y completamente clara para cualquier potencial asegurado. Por otro lado, vale la pena agregar, que el documento original se encuentra en poder de la mencionada entidad bancaria, razón por la que, desde ahora, se solicita al honorable Juez que ordene su exhibición.

El Banco BBVA Colombia S.A puede ser notificado en la carrera 9 No. 72-21 Piso 10 en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico notifica.co@bbva.com

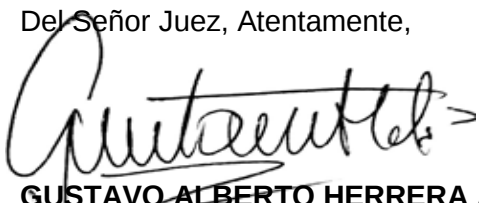
ANEXOS

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

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Av. 6 A bis No. 35N – 100 Centro Empresarial Chipichape Of. 212, o en la dirección de correo electrónico 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 y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.
- La Demandante recibirá notificaciones en la dirección que se relaciona en la demanda.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores

NUEVA EPS – SEDE CALI

Calle 10 No. 4 – 47 pisos, 12, 13 y 23 - Edificio Corficolombiana

secretaria.general@nuevaeps.com.co

Cali – VALLE DEL CAUCA

Referencia: **DERECHO DE PETICIÓN**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No.19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la Avenida 6 A Bis No.35 N- 100 . Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, en mi calidad de apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, en el proceso verbal adelantado por la señora **STELLA BASTIDAS DE LEÓN** conocido por el Juzgado 2 Civil Municipal de Cali, en contra mi prohijada, bajo la radicación 760014003002-2019-00928-00; en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la constitución nacional y la Ley 1755 de 2015, respetuosamente solicito lo siguiente:

- Se expida, con destino al proceso adelantado en el Juzgado 2 Civil Municipal de Cali, identificado con la radicación 760014003002-2019-00928-00, **copia íntegra de la historia clínica que el señor JOSÉ LEÓN CÁRDENAS, identificado en vida con la cédula de ciudadanía No. 6.299.512.**, en su calidad de paciente tuvo como registrada en cada una de las atenciones brindadas, toda vez que esta documentación hace parte del expediente identificado bajo la radicación 760014003002-2019-00928-00, y por ser documentos objeto de reserva legal conforme lo establece la Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, el uso que se hace de ellos en dicho proceso judicial es única y exclusivamente con el propósito de establecer el estado de la salud que el señor **JOSÉ LEÓN CÁRDENAS** dijo tener al momento de diligenciar el formulario mediante el cual se incorporó al contrato de seguro de vida a fecha del 30 de abril de 2013.

La anterior petición se base en los siguientes:

HECHOS

1. Actualmente en el Juzgado 2 Civil Municipal de Cali, identificado con la radicación 760014003002-2019-00928-00, cursa un proceso verbal adelantado por la señora STELLA BASTIDAS, quien dice ser la cónyuge sobreviviente del señor JOSÉ LEÓN CÁRDENAS en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., con ocasión al

cobro del contrato de seguros documentado en la Póliza Vida deudores No. 0110043 expedida por la Compañía a la que represento.

2. Según los hechos de la demanda, BBVA SEGUROS DE VIDA S.A no ha cumplido con la obligación de efectuar un supuesto pago a la señora STELLA BASTIDAS DE LEÓN con ocasión a la presunta realización del riesgo asegurado, consistente el fallecimiento del señor León Cárdenas.
3. Por lo anterior, con el fin de establecer las circunstancias y fecha desde la cual el estado de salud del señor León desmejoró, ruego a ustedes transmitir dicha información al Despacho mencionado, Juzgado 2 Civil Municipal de Cali, con el fin de esclarecer los hechos que la demandante ha puesto en cuestión y sobre los que funda el proceso judicial. Reitero que dicha información será única y exclusivamente utilizada para fines procesales y será custodiada en el Despacho del señor Juez 2 Civil Municipal de Cali.

ANEXOS

Adjunto al presente escrito el siguiente documento:

1. Copia del auto admisorio de la demanda.
2. Copia de del poder especial conferido a mí conferido.
3. Copia de la declaración de Asegurabilidad en donde el señor JOSÉ LEÓN CÁRDENAS manifiesta que autoriza expresamente la consulta de su historia clínica.

NOTIFICACIONES

El suscrito puede ser notificado en la Avenida 6 A Bis No. 35 N 100, oficina 212, Centro Empresarial Chipichape, en Cali (V), teléfono (2) 6594075. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C. No.19.395.114 de Bogotá
T. P. No.39116 del C.S. J.



GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

DERECHO DE PETICIÓN - SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA - AFILIADO FALLECIDO JOSÉ LEÓN CÁRDENAS C.C. 6.299.512

1 mensaje

GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

27 de enero de 2021, 17:12

Para: secretaria.general@nuevaeps.com.co

Cc: GHA Laura Viviana Hernandez Castañeda <lhernandez@gha.com.co>

Señores

NUEVA EPS S.A.Calle 10 No. 4 – 47 pisos, 12, 13 y 23 - Edificio Corficolombiana
Cali, ValleReferencia: **DERECHO DE PETICIÓN**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, abogado titulado y en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, Abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de Apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, a través del escrito adjunto elevo derecho de petición consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 5 del Código de Procedimiento Administrativo.

Por favor confirmar la recepción del documento.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

LVHC

4 adjuntos

**Auto Admisorio de la Demanda.pdf**
570K**Declaración de Asegurabilidad - José León Cárdenas.pdf**
943K**Derecho de Petición NUEVA EPS HC José León Cárdenas 6.299.512.pdf**
158K**Poder BBVA SEGUROS DE VIDA - STELLA BASTIDAS DE LEON RAD 2019-0928.pdf**
55K