

Señores

JUZGADO SEXTO (06) CIVIL MUNICIPAL DE CALI

E. S. D.

JUZGADO 05 CNPCL CALI

10 MAR '20 PM 4:35:26

REF.:

PROCESO: VERBAL DE MENOR CUANTÍA

DEMANDANTE: CATALINA DUQUE GRAJALES en nombre propio y el de sus hijos
JOSHUA QUINTERO DUQUE y DANIELA QUINTERO DUQUE.

DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

RAD. No.: 760014003006-2019-00381-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C.S. de la J., con oficina en la ciudad de Cali ubicada en la Avenida 6 A Bis # 35 N – 100 – Centro Empresarial Chipichape – Oficina 212, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se encuentra en el poder que reposa en el expediente; comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA REFORMA A LA DEMANDA** interpuesta por la señora **CATALINA DUQUE GRAJALES** en nombre propio y el de sus hijos **JOSHUA QUINTERO DUQUE y DANIELA QUINTERO DUQUE** 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:

CAPITULO I

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

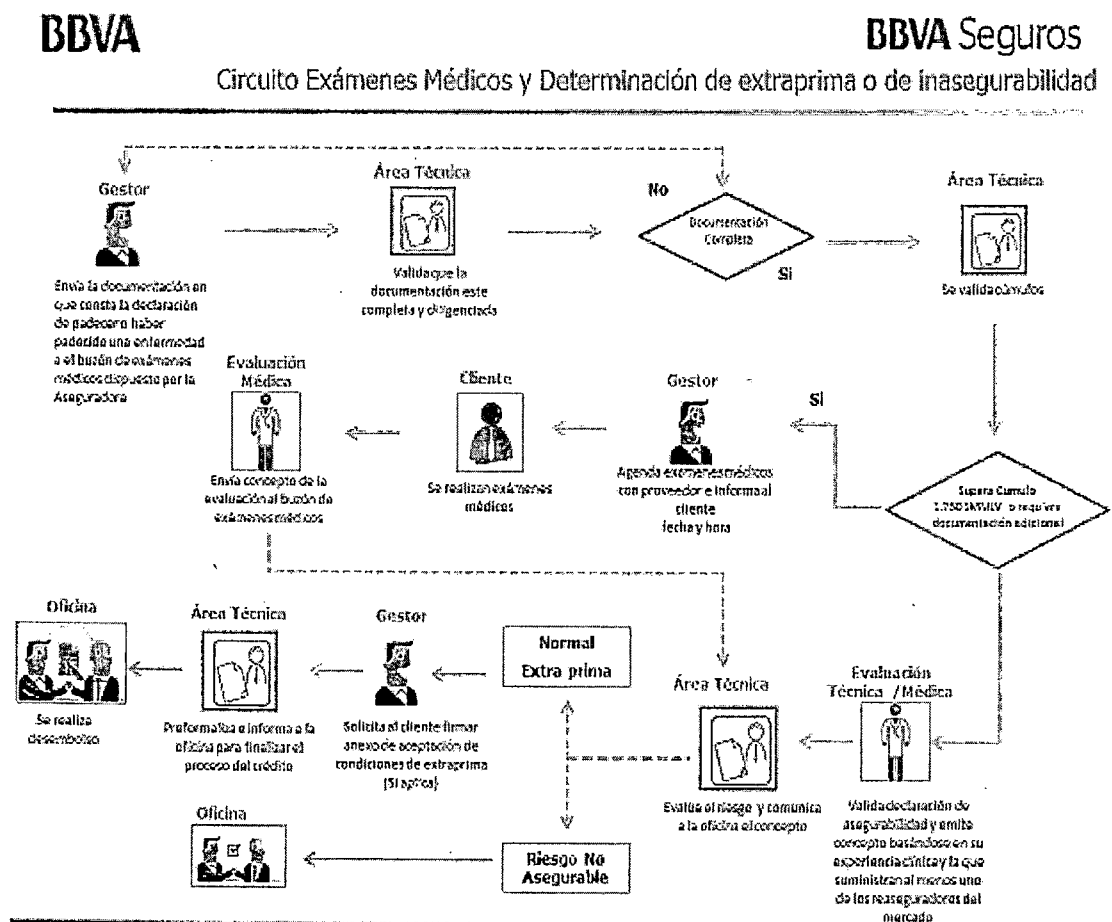
FRENTE AL HECHO "1": A mi representada no le consta lo afirmado por la parte actora en este hecho, toda vez que se trata de circunstancias específicas del ámbito personal de la parte demandante, sobre la cual a mi representada le es imposible conocer de manera directa lo aquí manifestado, por lo que corre por cuenta de la activa probar la veracidad de su dicho así como su relevancia de cara al presente litigio.

FRENTE AL HECHO "2": A mi representada no le consta lo afirmado por la parte actora en este hecho, toda vez que se trata de circunstancias específicas del ámbito personal de la parte demandante, sobre la cual a mi representada le es imposible conocer de manera directa lo aquí manifestado, por lo que corre por cuenta de la activa probar la veracidad de su dicho así como su relevancia de cara al presente litigio.

FRENTE AL HECHO "3": No es cierto tal y como están formuladas estas manifestaciones de este hecho por lo que procedo a aclarar lo siguiente:

- Técnicamente debe aclararse que no hubo una contratación de una póliza de seguro entre el señor JOHN HARVI QUINTERO CANO (Q.E.P.D) y la compañía Aseguradora a la que represento, sino que lo que ocurrió es que hubo un ingreso en calidad de asegurado, al seguro contratado entre mi representada y la entidad bancaria, BANCO BBVA - BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. Sin embargo, es fundamental que desde ahora el honorable Despacho tome en consideración que el señor Quintero Cano (Q.E.P.D) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar su inclusión 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, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad a la vinculación en el contrato de

- **Frente a la incorporación de los hijos menores que realiza la parte activa para subsumir los supuestos que daría cuenta de la prescripción derivada del contrato de seguro**, refiero que en todo caso debería de prevalecer el reconocimiento de la figura, en tanto, el beneficiario directo de la póliza es la entidad Bancaria, tal y como se reconoce en el hecho No. 4, entendiéndose que no cabría la aplicación de la figura en los términos en que se dispone, en el entendido que ello solo aplica cuando el incapaz es el beneficiario directo de la cobertura brindada por parte de la Compañía Aseguradora.
- Sin perjuicio de lo dicho y sin que se entienda que constituye responsabilidad para la Aseguradora realizar exámenes médicos a los asegurados, ya que no es una obligación legal a su cargo, ilustro de manera respetuosa al Despacho las políticas de suscripción que mi representada aplica para comprobar el estado de salud de los solicitantes y determinar si éste es satisfactorio a fin de que se proceda a su aceptación, el cálculo de extraprima o rechazo definitivo a la hora de suscribir este tipo de contrato de seguros de vida. Por este motivo, expongo al Despacho, que la compañía cuenta con un Área Técnica de Suscripción **que se encarga de realizar seguimiento a los casos de los solicitantes que padezcan y hayan declarado determinada patología**, contando con la experticia de un grupo de médicos examinadores pertenecientes a la Red Médica de la Aseguradora, encargados de realizar los conceptos de la evaluación de dichos clientes, realizando una validación de declaración de asegurabilidad, basado en su experiencia clínica, dándole soporte al área técnica, para proceder con la valoración del estado del riesgo, tal y como puede observarse del demostrativo circuito que se presenta a continuación:



- De allí que sea relevante que el asegurado que se pretende incorporar al contrato de seguro sea honesto y responda de manera transparente a las preguntas que se la han formulado, so pena de incurrir en reticencia y generar así la nulidad relativa del contrato de seguro.
- Por último, cabe destacar que en el presente caso ocurrió la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, en tanto que, quienes se encuentran ahora demandando

CLÁUSULA DIEZ Y SEIS - PAGO DE INDEMNIZACIONES

"LA COMPANÍA" pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante "LA COMPANÍA". Vencido este plazo, "LA COMPANÍA" reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que se efectúe el pago.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a "LA COMPANÍA" las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPANÍA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPANÍA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPANÍA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

"LA COMPANÍA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

Bajo esta modalidad de amparos de vida, el tomador es la respectiva entidad financiera y como es un seguro de carácter colectivo, el grupo asegurado lo constituyen los deudores con créditos vigentes, entendiéndose como tales las personas naturales, los socios de las sociedades de responsabilidad limitada, en comandita, de hecho y, en general, quien tenga ese carácter de deudor o sea responsable del pago de un crédito en favor de la entidad financiera, por lo anterior, es claro que quien se reputa como legitimado para acceder al pago del crédito es quien resulta ser beneficiario del contrato de seguros, y que en este caso, resulta ser el BANCO BBVA.

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

103
existe prueba bajo la cual se pudiera llegar a considerar que en efecto los aquí demandantes ostentan la calidad de beneficiarios frente al contrato de seguro.

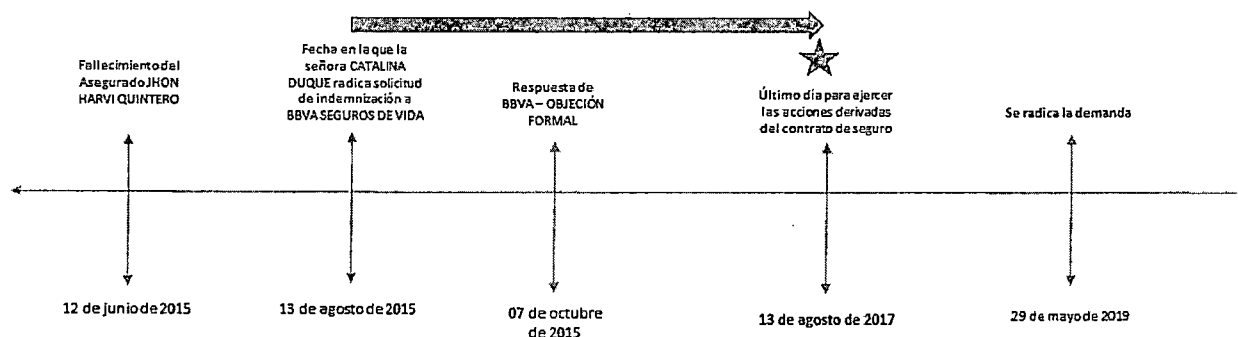
Incluso, existe una grave contradicción de la parte entre lo planteado en su demanda inicial y lo dicho en la reforma, observándose que en el reclamo o escrito de demanda anteriormente presentado, se afirmaba que la calidad de beneficiaria la ostentaba la señora Catalina Duque Grajales, sin mencionar a sus hijos menores de edad. Ahora bien, seguramente con el ánimo de eludir infructuosamente la figura prescriptiva, se acude a los hijos menores de edad, sin contar que el beneficiario contractualmente del pago sigue siendo el banco, en el entendido que el valor asegurado correspondía única y exclusivamente al pago del saldo insoluto de la obligación para la fecha de los hechos. Prueba de ello, es posible determinar a partir que en el documento "Anexo para póliza de deudores", se contempla como causal de terminación el pago total de la obligación.

FRENTE AL HECHO "6": Este hecho contiene diversas manifestaciones, por lo que procedo a pronunciarme en el siguiente orden:

- Respecto de la afirmación en la que señala que "a la fecha de la presentación de este proceso verbal de responsabilidad civil, no existen pagos insolutos de la deuda al acreedor de la obligación", debo indicar que este no es un hecho que le conste de manera directa a mi representada, pues es el BANCO BBVA BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A., la entidad en donde reposa la información sobre el crédito adquirido por el señor JHON HARVI QUINTERO, y en ese caso sería la parte demandante en este caso, quienes deberían acreditar esta parte del hecho con el fin de que el despacho y esta parte pueda conocer de tal situación. Ahora bien, nótese como esta afirmación revela que quien se encontraba con legitimación para recibir el pago de la deuda era exclusivamente el BANCO BBVA BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A., y por ende el único llamado a ejercitar la acción derivada del contrato de seguro de vida.
- Frente a la manifestación en donde se señala que "*... por lo que de conformidad con el artículo 1144 del Código de Comercio, los pagos deberán realizarse a los demás beneficiarios*", debo señalar que no se trata de un hecho sino de una interpretación de la demandante sobre los alcances del artículo 1144 del mencionado estatuto comercial, ya que es el BANCO BBVA BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A., el único actor entendido como beneficiario de la citada Póliza. Ahora bien, deviene conveniente aclarar, que ciertamente mi representada no ha hecho ningún tipo de pago con motivo a su presunta obligación indemnizatoria en tanto que el beneficiario oneroso no ha puesto en discusión la objeción respecto a la reclamación, y en todo caso a la fecha no hubiera podido ser procedente despacharla favorablemente, toda vez que la parte que fungió como asegurada resultó ser reticente generando así la nulidad relativa del contrato de seguros documentado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 0110043.

En igual sentido, resulta conveniente aclarar que en el presente caso ocurrió de manera indefectible la prescripción de que trata el artículo 1081 del C.C.o., en tanto que, quienes se encuentran ahora demandando en el presente litigio manifestaron de manera inequívoca tener conocimiento de la existencia del citado contrato de seguro al menos desde el 13 de agosto de 2015, que fue la fecha en la que se solicitó indemnización a mi representada, afectando el amparo de vida por el fallecimiento del señor JHON HARVI QUINTERO.

FRENTE AL HECHO "7": No es un hecho y corresponde a una figura aislada, donde la Entidad Bancaria bajo un seguro de vida individual y no grupo deudores procede al pago de la obligación. Si bien existen contratos bajo los cuales se pacta expresamente que el saldo soluto se reconocerá en favor de los beneficiarios del deudor, en este caso no se pactó ello y por tanto, mi procurada únicamente se encontraba obligada al pago de la obligación frente a la Entidad bancaria



FRENTE AL HECHO "8": A mi representada no le consta lo manifestado en este hecho. No obstante, de la información adjunta con el escrito de la demanda, y de la investigación presentada por la firma "RISKS INTERNATIONAL S.A.S" presentada a mi procurada, se evidencia que el señor Quintero Cano murió el 12 de junio de 2015 por muerte violenta.

Ahora bien, sea del caso señalar al honorable Despacho, y de manera muy respetuosa a la parte actora, que al ser la muerte uno de los amparos pactados en el contrato de seguro documentado en la póliza de seguro de Vida No. 11000 - CERTIFICADO INDIVIDUAL NO. 7613165, la Compañía para proceder a asegurar dicha ocurrencia, debió conocer en su totalidad las circunstancias de salud y sociales en las que el señor Quintero Cano permanecía al momento de adherirse al contrato, de modo que si ocurriera aquella desafortunada situación de la muerte, se pudiera entender como realizado el riesgo asegurado de un contrato de seguro con plena validez. Sin embargo, en el presente litigio, se observan múltiples piezas documentales, aportadas tanto por la demandante como por ésta parte, que dan cuenta que el señor Quintero Cano no solo omitió informar su estado salud al momento de incluirse en el contrato de seguro de vida, sino que al parecer también **dejó de informar**, aspectos importantes de su vida personal que pudieron haber influido en su desafortunado deceso, ya que de acuerdo con la información reportada por RISKS INTERNATIONAL S.A.S., presuntamente el señor Quintero fue objeto de investigación por la comisión del delito de secuestro simple y posteriormente se le asoció como miembro de una banda criminal en la ciudad de Cali denominada los "MUJICA" (muerte a jaladores de carros); escenarios que dan cuenta que el estado del riesgo declarado por el asegurado, definitivamente no obedecía a las realidades de salud y seguridad con las que convivía el señor JHON HARVI QUINTERO CANO.

Sobre lo dicho, se agrega fragmento de los resultados de la investigación:

	INFORME PRELIMINAR RAMO DE VIDA INVESTIGACIÓN COMPLETA
---	---

(...)

Al consultar en web noticias sobre el asegurado se encuentra que en el 2003 el asegurado fue detenido como presunto integrante de una banda autodenominada Mujica (Muerte a jaladores de carros).

(...)

Al consultar en web noticias sobre el asegurado se encuentra que en el 2003 el asegurado fue detenido como presunto integrante de una banda autodenominada Mujica (Muerte a jaladores de carros).

(...)

$$(\dots)$$

FRENTE AL HECHO "12": Este hecho es cierto en cuanto a que la señora CATALINA DUQUE GRAJALES elevó a mi representada solicitud de indemnización por el amparo de vida en el contrato de seguros documentado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 0110043, sin embargo, no es cierto que la señora Duque hubiere reunido los requisitos de que trata el artículo 1077 del Código de Comercio, ya que en estricto sentido ni ella ni sus hijos se entienden como beneficiarios del citado contrato de seguro, tal como si lo es el BANCO BBVA - BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. Sin perjuicio de lo dicho, debo en todo caso aclarar, que mi representada procedió a dar contestación tal y como se observa a continuación:

114

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 "13": Este hecho es cierto, y tal y como se manifestó en respuesta al hecho anterior, mi representada dio contestación a la solicitud de indemnización presentada por la señora CATALINA DUQUE, sin embargo, indicó que en el presente caso no era posible afectar el amparo de vida debido al fallecimiento del asegurado, el señor JHON HARVI QUINTERO CANO, debido a que al momento de diligenciar el formulario suministrado por la Compañía para dar su incorporación a la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 0110043, omitió indicar que sufría de hipertensión arterial, hecho que no podría ser desconocido por él mismo, ya que según historia clínica databa del 06 de septiembre de 2012.

Como prueba de la reticencia incurrida por el señor JHON HARVI QUINTERO CANO, se evidencia el formulario al que dio respuesta:

	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	X	
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		
ANSIOSOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		X
ÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		X
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		X
ENFERMEDADES DEL HAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		Y
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		Y
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS		Y
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		Y
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		Y
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		Y
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?		Y
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? Caso positivo indique el resultado.		Y
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		X
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:		
CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD		
		
M02630000006002279600273000		

Adicionalmente se reitera al señor Juez, que constituye una obligación del asegurado manifestar de manera transparente las respuestas que allí consigna, no solo en virtud de lo dispuesto en el

112

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)

Es decir, 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 "15": Este es cierto, pues mi representada no ha procedido a efectuar ningún pago al BANCO BBVA BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A., que se reputa como único beneficiario del contrato de seguro, pues éste no ha elevado ningún tipo de reclamación a mi representada, y en cualquier caso, de haberlo hecho, no hubiera podido ser procedente despacharla favorablemente, toda vez que la parte que fungió como asegurada resultó ser reticente generando así la nulidad relativa del contrato de seguros documentado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 0110043.

FRENTE AL HECHO "16": Este hecho es cierto, en lo que refiere a que la señora CATALINA DUQUE, a través de su apoderado, el doctor PEDRO ANDRÉS BOADA, elevó solicitud de información a mi representada, la cual dentro de la oportunidad legal, transmitió la documentación requerida, no obstante sea ésta igualmente la oportunidad para indicar que BBVA SEGUROS se ratificó en su posición respecto de la imposibilidad de efectuar pago alguno al beneficiario del contrato de seguro de vida, en tanto que el asegurado había incurrido en reticencia al momento de incorporarse a la cita relación aseguraticia, tal y como puede observarse a continuación:

Señor
ANDRES BOADA
Avenida 21N N° 7N-55 Oficina 611-612
Centenario II.
Tel. 8818588

REFERENCIA.	TOMADOR ASEGURADO	BBVA COLOMBIA S.A. JOHN HARVI QUINTERO (Q.E.P.D)
-------------	----------------------	---

Respetado(a) Señor(a):

En atención a su comunicación radicada en días pasados, le informamos que después de realizar el respectivo análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de vida, procedemos a enviar copia de la siguiente documentación:

1. Certificado individual de seguro correspondiente a la póliza vida grupo deudores tomada el 30 de octubre de 2012.
2. Certificado individual de seguro correspondiente a la póliza vital hall bancario tomada el 30 de octubre de 2012 y cancelada por mora el 07 de enero de 2015.
3. Condiciones generales de las pólizas mencionadas.
4. BBVA Seguros de Vida Colombia ratifica lo manifestado en la comunicación enviada el 07 de octubre de 2015, donde se informa que, por contravención al artículo 1058 del Código de Comercio, esto es, a la reticencia en la declaración de asegurabilidad del asegurado por enfermedades anteriores a la firma de la póliza, la solicitud fue rechazada, por lo que certificamos que no sean realizados pagos a favor de los beneficiarios de las pólizas. (Adjuntamos comunicado).

13

nula como consecuencia de la reticencia en incurrió el señor Quintero como asegurado. Por lo anterior y en aras de pronunciarme detalladamente sobre las pretensiones que acompañan el escrito demandatorio, planteo lo siguiente a continuación.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "PRIMERA": Me opongo a la pretensión aquí allegada, por la manifiesta improcedencia de la misma. Deberá tener a cuenta el Despacho que la designación de beneficiario en este caso, no puede tornarse de ningún modo ineficaz, siendo que el acuerdo contractual, no se encuentra viciado por ninguna figura que invalide el acuerdo suscrito entre las partes. Cabe resaltar en adición que en virtud del artículo 1137 del Código de Comercio, la determinación del banco como acreedor del asegurado, es procedente y no es posible de forma alguna, invalidarse o solicitar su ineficacia mediante la presente demanda verbal de responsabilidad civil.

Adicionalmente deberá tener a cuenta el Despacho que la Entidad bancaria, es beneficiaria de una póliza de seguro vida grupo deudores, donde ésta en razón a las obligaciones adquiridas con sus clientes funge como única y exclusiva beneficiaria de los seguros expedidos, siendo que en los términos del artículo 1137, le asiste un interés oneroso y legítimo respecto a sus clientes.

La pretensión aquí esbozada además, no tiene vocación de prosperidad en la medida que: (i) independientemente de la falta de legitimación en la causa por activa por parte de los ahora demandantes, en el eventual caso que se consideraren beneficiarios de Póliza de Vida Grupo Deudores No. 0110043, la acción frente a dicho contrato de seguro se encuentra prescrita, en tanto que quienes se reputan como interesados, acreditaron tener conocimiento de tal contrato en fecha del 13 de agosto de 2015, teniendo entonces sólo hasta el 13 de agosto de 2017 para presentar demanda y reclamar el presunto derecho litigioso; situación que no ocurrió en el caso en concreto, ya que sólo ejercitaron tal acción el día 29 de mayo de 2019, que fue cuando radicarón la demanda, dejando pasar así el término bienal de que trata el artículo 1081 del C.Co: (ii) el señor Quintero Cano fue reticente al suscribir la Certificado Individual del Seguro de Vida Grupo Deudores de la Póliza No. 0110043 omitiendo todos el padecimiento de hipertensión arterial que se le había diagnosticado previamente, los padecimientos que había sufrido con anterioridad, y bajo dicha respectiva no existe obligación indemnizatoria alguna a cargo de mi representada, en tanto que es claro que se configuró la sanción de la que trata el artículo 1058 del Cco., cuando propone la nulidad del contrato de seguros al evidenciarse la falta del deber de información por parte de quien se reputa como Asegurado.

Ahora bien, y como complemento de las argumentaciones esgrimidas, vale poner de presente al Despacho que en el presente proceso, existe una falta de legitimación en la causa por activa, pues es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro identificado con el No. 0110043 es únicamente el Banco BBVA, y bajo este entendido, 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 el señor Maldonado Ayala, no se encuentra legitimado por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente, en consecuencia, no puede él pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "SEGUNDA": Me opongo a la pretensión aquí allegada, por la manifiesta improcedencia de la misma. Deberá tener a cuenta el Despacho que la designación de beneficiario en este caso, no puede tornarse de ningún modo ineficaz o como indebidamente lo pretende la parte a título supletivo, siendo que el acuerdo contractual, no se encuentra viciado por ninguna figura que invalide el acuerdo suscrito entre las partes. Cabe resaltar en adición que en virtud del artículo 1137 del Código de Comercio, la determinación del banco como acreedor del asegurado, es procedente y no es posible de forma alguna, invalidarse o solicitar su ineficacia mediante la presente demanda verbal de responsabilidad civil.

Adicionalmente deberá tener a cuenta el Despacho que la Entidad bancaria, es beneficiaria de una póliza de seguro vida grupo deudores, donde ésta en razón a las obligaciones adquiridas con

de Comercio para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Sin perjuicio de lo expuesto y como complemento de las argumentaciones esgrimidas, vale poner de presente al Despacho que en el presente proceso, existe una falta de legitimación en la causa por activa, pues es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro identificado con el No. 0110043 es únicamente el Banco BBVA, y bajo este entendido, 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 el señor Maldonado Ayala, no se encuentra legitimado por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente, en consecuencia, no puede él pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "CUARTA": ME OPONGO rotundamente a la prosperidad de esta pretensión ya que si no existe ningún tipo de obligación indemnizatoria o de reembolso para con la parte actora en el presente caso, por estar prescrita la acción derivada del contrato de seguro y por la reticencia del asegurado, es imposible que se hayan causado intereses sobre una suma no debida, por lo que reitero no es procedente su prosperidad.

Además deberá tener a cuenta el Despacho que a cada uno de los demandantes corresponde en adición, un interés diferente respecto del pago de la cobertura y que si bien sería presuntamente procedente la acumulación de pretensión, no significa que los derechos puestos en discusión sean o se soporten en igual forma. Es por ello que pido se estudie cada uno de los derechos esbozados de manera individual, y las calidades respecto de quienes se presentan como demandantes.

FRENTE A LA PRETENSIÓN "QUINTA": Me opongo a ésta pretensión de condena elevada por la parte Demandante, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad ya que reitero que (i) independientemente de la falta de legitimación en la causa por activa por parte de los ahora demandantes, en el eventual caso que se consideraren beneficiarios de Póliza de Vida Grupo Deudores No. 0110043, la acción frente a dicho contrato de seguro se encuentra prescrita, en tanto que quienes se reputan como interesados, acreditaron tener conocimiento de tal contrato en fecha del 13 de agosto de 2015, teniendo entonces sólo hasta el 13 de agosto de 2017 para presentar demanda y reclamar el presunto derecho litigioso; situación que no ocurrió en el caso en concreto, ya que sólo ejercitaron tal acción el día 29 de mayo de 2019, que fue cuando radicarón la demanda, dejando pasar así el término bienal de que trata el artículo 1081 del C.Co: (ii) el señor Quintero Cano fue reticente al suscribir la Certificado Individual del Seguro de Vida Grupo Deudores de la Póliza No. 0110043 omitiendo todos el padecimiento de hipertensión arterial que se le había diagnosticado previamente, los padecimientos que había sufrido con anterioridad, y bajo dicha respectiva no existe obligación indemnizatoria alguna a cargo de mi representada, en tanto que es claro que se configuró la sanción de la que trata el artículo 1058 del Cco., cuando propone la nulidad del contrato de seguros al evidenciarse la falta del deber de información por parte de quien se reputa como Asegurado.

Por lo anterior y tomando en consideración la potencialidad de los efectos adversos que dichas enfermedades pueden llegar a tener en una persona, es completamente claro que si mi representada hubiera conocido tales padecimientos y riesgos con anterioridad a la solicitud de inclusión de aquella en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de incluirla como asegurada en la póliza o al menos NO hubiere expedido una póliza con riesgo normal. En este sentido, basta con recapitular el análisis trasversal que se ha realizado, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Sin perjuicio de lo expuesto y como complemento de las argumentaciones esgrimidas, vale poner de presente al Despacho que en el presente proceso, existe una falta de legitimación en la causa

151

"Art. 1081. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes". (Sublínea ajena al texto).

En segundo lugar, es igualmente importante, citar el análisis que la Corte Suprema de Justicia ha hecho sobre el asunto en especial sobre la prescripción ordinaria y extraordinaria, y por ello, se retoma lo expresado en la Sentencia del 18 de Diciembre de 2012:

"(...) Sobre dicha norma esta Corporación en sentencia de 29 de junio de 2007, exp. 1998-04690, señaló como características y aspectos determinantes, los siguientes:

- (i) Las dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció.
- (ii) Todas las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente.
- (iii) La prescripción extraordinaria corre contra toda clase de personas, mientras que la ordinaria no opera contra los incapaces.
- (iv) El término de la ordinaria es de sólo dos años y el de la extraordinaria se extiende a cinco, "justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situación jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas".
- (v) Las dos formas de prescripción son independientes y autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, adquiriendo materialización jurídica la primera de ellas que se configure. (subrayado y negrita, fuera del texto original)

En dicha providencia se recordó "que las dos clases de prescripción consagradas en el artículo 1081 del Código de Comercio se diferencian por su naturaleza: subjetiva, la primera, y objetiva, la segunda; por sus destinatarios: quienes siendo legalmente capaces conocieron o debieron conocer el hecho base de la acción, la ordinaria, y todas las personas, incluidos los incapaces, la extraordinaria; por el momento a partir del cual empieza a correr el término de cada una: en el mismo orden, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho base de la acción y desde cuando nace el correspondiente derecho; y por el término necesario para su configuración: dos y cinco años, respectivamente... (sentencia de 19 de febrero de 2002, exp. No. 6011)".

De la lectura del artículo 1081 del Cco y la jurisprudencia colombiana, se entiende que de cara a la prescripción existen unos parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, diferenciando entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

Así las cosas y atendiendo al caso particular, se presente la siguiente línea del tiempo, con el fin de ilustrar que el término prescriptivo sucedió indefectiblemente por el cómputo bienal de los términos señalados.

1161

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes". (Sublínea ajena al texto).

En segundo lugar, es igualmente importante, citar el análisis que la Corte Suprema de Justicia ha hecho sobre el asunto en especial sobre la prescripción ordinaria y extraordinaria, y por ello, se retoma lo expresado en la Sentencia del 18 de Diciembre de 2012:

"(...) Sobre dicha norma esta Corporación en sentencia de 29 de junio de 2007, exp. 1998-04690, señaló como características y aspectos determinantes, los siguientes:

- (i) Las dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció.*
- (ii) Todas las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente.*
- (iii) La prescripción extraordinaria corre contra toda clase de personas, mientras que la ordinaria no opera contra los incapaces.*
- (iv) El término de la ordinaria es de sólo dos años y el de la extraordinaria se extiende a cinco, "justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situación jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas".*
- (v) Las dos formas de prescripción son independientes y autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, adquiriendo materialización jurídica la primera de ellas que se configure. (subrayado y negrita, fuera del texto original)*

En dicha providencia se recordó "que las dos clases de prescripción consagradas en el artículo 1081 del Código de Comercio se diferencian por su naturaleza: subjetiva, la primera, y objetiva, la segunda; por sus destinatarios: quienes siendo legalmente capaces conocieron o debieron conocer el hecho base de la acción, la ordinaria, y todas las personas, incluidos los incapaces, la extraordinaria; por el momento a partir del cual empieza a correr el término de cada una: en el mismo orden, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho base de la acción y desde cuando nace el correspondiente derecho; y por el término necesario para su configuración: dos y cinco años, respectivamente... (sentencia de 19 de febrero de 2002, exp. No. 6011)".

De la lectura del artículo 1081 del Cco y la jurisprudencia colombiana, se entiende que de cara a la prescripción existen unos parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, diferenciando entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

Así las cosas y atendiendo al caso particular, se presente la siguiente línea del tiempo, con el fin de ilustrar que el término prescriptivo sucedió indefectiblemente por el cómputo bienal de los términos señalados.

BBVA

Seguros

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (a) Señor (a) **JOHN HARVI QUINTERO CANO (Q.E.P.D)**, identificado (a) en vida con cédula de ciudadanía No **94.496.665**, adquirió la obligación No. **0013-0227-24-9600273000** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001204445**, Certificado No. **0013-0227-21-4000357159**, con una periodicidad de pago mensualmente vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	*VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$ 611,715.15
Incapacidad total y permanente (desmembración – inutilización)	\$ 611,715.15

* Se aclara que el valor asegurado certificado en el presente documento, corresponde al valor que tenía la póliza al momento de ser cancelada. La última prima cobrada fue por \$246.00, correspondiente al periodo del 29/09/2015 al 28/10/2015.

La póliza fue formalizada con fecha 30/10/2012 y actualmente se encuentra revocada. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de septiembre del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

Carlos Rodolfo Castañeda Dimate
Gerencia Expedición y Soporte Operativo
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Elaboró VBL

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

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

"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 80 80 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucia Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."

Bogotá, 07 de octubre de 2015

BBVA



2888639

POWERS OF ATTORNEY

Señores
BBVA COLOMBIA S.A.
Gerente Sucursal Cali
Cali

Referencia:	Tomador	BBVA COLOMBIA S.A.
	Asegurado	John Harvi Quintero Cano (Q.E.P.D.)
	Póliza	VGD No. 0110043
	Reclamo	No. 0523002061223
	Obligación	130227249600273000

Respetados Señores:

Por medio de la presente le informamos que después del análisis de la reclamación presentada el pasado 13 de agosto de 2015, afectando el amparo de vida por el fallecimiento del asegurado en referencia, hecho ocurrido el 12 de junio de 2015; y de acuerdo con la Historia Clínica de la EPS Saludcoop, encontramos que el señor John Harvi Quintero (q.e.p.d.) tenía antecedentes de Hipertensión Arterial según historia clínica de fecha 06 de septiembre de 2012.

Ahora bien, el Código de Comercio en su artículo 1.058 estipula de manera precisa que *"el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro"*.

Teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores, el día 30 de octubre de 2012, se omitió declarar dichas patologías, obligado a hacerlo en virtud del citado artículo, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordial Saludo,

Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Pabp.

adelante.

BBVA COLOMBIA S.A. - Sucursal Cali - Calle 100 No. 100 - 2do. Piso - Cali - Colombia - Teléfono: (57) 312 200 0000 - Fax: (57) 312 200 0001 - Correo: cali@bbva.com.co

Asistencias Seguro Vital

ANEXO DE ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL

OBJETO DEL ANEXO

"LA COMPAÑÍA" GARANTIZA LA PUESTA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO Y/O DEL BENEFICIARIO DE UNA AYUDA MATERIAL INMEDIATA, EN FORMA DE PRESTACIÓN ECONÓMICA O DE SERVICIOS, CUANDO ESTE SE ENCUENTRE EN DIFICULTADES, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO FORTUITO OCURRIDO EN EL CURSO DE UN VIAJE FUERA DE SU DOMICILIO HABITUAL, REALIZADO EN CUALQUIER MEDIO DE LOCOMOCIÓN PARA EFECTOS DE LAS PRESTACIONES A LAS PERSONAS, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN EL PRESENTE ANEXO Y POR HECHOS DERIVADOS DE LOS RIESGOS ESPECIFICADOS EN EL MISMO.

COBERTURAS A LAS PERSONAS

A. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN EN CASO DE LESIONES O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO.

B. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS.

C. GASTOS COMPLEMENTARIOS DE AMBULANCIA.

D. DESPLAZAMIENTO Y ESTANCIA DE UN FAMILIAR DEL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO.

E. DESPLAZAMIENTO DEL ASEGURADO POR INTERRUPCIÓN DEL VIAJE DEBIDO A FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR.

F. ASISTENCIA HOSPITALARIA POR LESIÓN O ENFERMEDAD EN EL EXTRANJERO.

G. GASTOS ODONTOLÓGICOS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN EL EXTRANJERO.

H. PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN EL EXTRANJERO POR LESIÓN O ENFERMEDAD.

I. REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO BENEFICIARIO FALLECIDO.

J. ENVÍO URGENTE DE MEDICAMENTOS FUERA DE COLOMBIA.

K. TRANSPORTE DE EJECUTIVOS.

L. ORIENTACIÓN POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS.

M. ORIENTACIÓN PARA ASISTENCIA JURÍDICA.

N. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES.

COBERTURAS AL EQUIPAJE

A. LOCALIZACIÓN Y TRANSPORTE DE LOS EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES.

B. EXTRAVÍO DEL EQUIPAJE EN VUELO REGULAR DE AEROLÍNEA COMERCIAL.

C. PÉRDIDA DEFINITIVA DEL EQUIPAJE.

EXCLUSIONES

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO, LAS PRESTACIONES Y HECHOS SIGUIENTES:

A. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA.

B. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

C. LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS Y DE LAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DEL VIAJE.

D. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE Y LAS LESIONES Y SEQUELAS QUE SE OCASIONEN EN SU TENTATIVA.

E. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.

F. LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTIÓN VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES.

G. LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS, ANTEOJOS Y GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO.

H. LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.

I. CUALQUIER CONDICIÓN CONOCIDA POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTE ANEXO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA, LAS CONSECUENCIAS DE LOS HECHOS SIGUIENTES:

A. LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.

B. LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.

C. HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO, MOTÍN O TUMULTO POPULAR.

D. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.

E. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.

F. LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS, DESAFÍOS O RIÑAS.

DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo, se entenderá por:

1. Tomador de seguro:

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

Clausulado Seguro Vital

PÓLIZA DE VIDA GRUPO VITAL CONDICIONES DEL SEGURO

AMPARO BÁSICO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA "LA COMPAÑÍA", CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE SEA POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL, SI ÉSTA SE PRESENTA DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LOS REQUISITOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN EL PRESENTE CONTRATO PARA INGRESAR AL MISMO.

EXCLUSIONES

- A) CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SEA OCASIONADO POR HOMICIDIO CAUSADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- B) CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SEA OCASIONADO POR SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE, CAUSADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

AMPAROS:

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DE 65 AÑOS, QUEDARE INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE ANEXO Y QUE CONSTA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES.

PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO, INCLUYENDO LOS REGIMENES ESPECIALES, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD U OCUPACIÓN. DICHA INCAPACIDAD SE CONSIDERARÁ SIEMPRE Y CUANDO HAYA PERSISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO INFERIOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS COMUNES. Y CUANDO LA PÉRDIDA DE INCAPACIDAD LABORAL CALIFICADA EN PRIMERA INSTANCIA POR EL MÉDICO DETERMINADO POR LA ASEGURADORA Y EN LAS DEMÁS INSTANCIAS POR LAS JUNTAS REGIONAL Y NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SEA SUPERIOR AL 65% Y NO HAYA SIDO PROVOCADA A SI MISMO POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERARÁ COMO TAL: (I) LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS; (II) LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES; (III) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE; (IV) LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE JUNTO CON LA VISIÓN POR UN OJO; (V) LA PÉRDIDA DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN.

ESTE AMPARO SE CONFIGURA EXCLUSIVAMENTE CON LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD, LA CUAL SE CONSIDERARÁ LA FECHA DEL SINIESTRO, Y SU INDEMNIZACIÓN NO ES ACUMULABLE AL SEGURO DE VIDA; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INCAPACIDAD, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

DESMEMBACIÓN O INUTILIZACIÓN

DENTRO DE ESTE AMPARO SE CONSIDERARÁN LAS SIGUIENTES PÉRDIDAS PARCIALES CON BASE EN EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO:

- | | |
|--|-----|
| A. POR LA PÉRDIDA DE UNA MANO. | 60% |
| B. POR LA PÉRDIDA DE UN SOLO PIE. | 60% |
| C. POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN POR UN OJO. | 60% |

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO:

(I) SE CONSIDERA PÉRDIDA DE:

A. MANOS: LA INUTILIZACIÓN O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR LA MUÑECA O PARTE PROXIMAL DE ELLA.

B. PIES: LA INUTILIZACIÓN O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR EL TOBILLO O PARTE PRÓXIMA DE EL.

C. VISIÓN: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN

D. AUDICIÓN: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA AUDICIÓN DE AMBOS OÍDOS.

E. HABLA: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA.

(II) SE CONSIDERA "INUTILIZACIÓN": LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL.

EN NINGÚN CASO LA INDEMNIZACIÓN ACUMULADA POR LOS BENEFICIOS DEL PRESENTE ANEXO, PODRÁ SER SUPERIOR AL 100% DEL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES PARA DICHO ANEXO.

EXCLUSIONES

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

B. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS

C. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA

D. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ANTE LA FUERZA MILITAR, NAVAL, AÉREA O DE LA POLICÍA

E. LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL

F. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, O ALUCINOGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

MUERTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO DENTRO LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO CAUSE LESIONES CORPORALES AL ASEGURADO, Y ÉSTE FALLECIERE COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN DICHO EVENTO, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA ALCANZADO LOS 65 AÑOS DE EDAD.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE AQUELLAS LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA EXCLUSIVA DE CAUSAS EXTERNAS, FORTUITAS, VIOLENTAS E INDEPENDIENTES DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO POR LA CUAL RESULTE LA MUERTE O DAÑO.

TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO ACCIDENTE AMPARADO LOS SIGUIENTES EVENTOS:

MORDEDURA DE ANIMALES, PICADURA DE INSECTOS, LOS PRODUCIDOS EN LA PRÁCTICA DE DEPORTES Y COMPETENCIAS A NIVEL AFICIONADO, EXPEDICIONES Y EXPLORACIONES, LOS PRODUCIDOS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, O DE MEDICINAS POR TRATAMIENTO MÉDICO, LOS OCASIONADOS POR MOVIMIENTOS SÍSMICOS, TERREMOTOS, HURACANES, INUNDACIONES, VOLCANES, Y MAREMOTOS, LA MUERTE O LESIONES RECIBIDAS POR EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UN HURTO CALIFICADO O DE UNA TENTATIVA DE HURTO CALIFICADO.

BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO LAS SUMAS QUE RESULTEN DE APLICAR AL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES PARA DICHO ANEXO, LOS PORCENTAJES QUE A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN, SI DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SUFRA LESIONES CORPORALES, ESTAS DAN LUGAR A UNA DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN EN LOS TÉRMINOS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN:

A. PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISTA POR AMBOS OJOS. 100%

B. PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE. 100%

١٧١

SI	NO
	X
	X

	\$I	NO
1980	67.0	10.0
1981	67.0	10.0
1982	67.0	10.0
1983	67.0	10.0
1984	67.0	10.0
1985	67.0	10.0
1986	67.0	10.0
1987	67.0	10.0
1988	67.0	10.0
1989	67.0	10.0
1990	67.0	10.0
1991	67.0	10.0
1992	67.0	10.0
1993	67.0	10.0
1994	67.0	10.0
1995	67.0	10.0
1996	67.0	10.0
1997	67.0	10.0
1998	67.0	10.0
1999	67.0	10.0
2000	67.0	10.0
2001	67.0	10.0
2002	67.0	10.0
2003	67.0	10.0
2004	67.0	10.0
2005	67.0	10.0
2006	67.0	10.0
2007	67.0	10.0
2008	67.0	10.0
2009	67.0	10.0
2010	67.0	10.0
2011	67.0	10.0
2012	67.0	10.0
2013	67.0	10.0
2014	67.0	10.0
2015	67.0	10.0
2016	67.0	10.0
2017	67.0	10.0
2018	67.0	10.0
2019	67.0	10.0
2020	67.0	10.0
2021	67.0	10.0
2022	67.0	10.0
2023	67.0	10.0
2024	67.0	10.0
2025	67.0	10.0
2026	67.0	10.0
2027	67.0	10.0
2028	67.0	10.0
2029	67.0	10.0
2030	67.0	10.0
2031	67.0	10.0
2032	67.0	10.0
2033	67.0	10.0
2034	67.0	10.0
2035	67.0	10.0
2036	67.0	10.0
2037	67.0	10.0
2038	67.0	10.0
2039	67.0	10.0
2040	67.0	10.0
2041	67.0	10.0
2042	67.0	10.0
2043	67.0	10.0
2044	67.0	10.0
2045	67.0	10.0
2046	67.0	10.0
2047	67.0	10.0
2048	67.0	10.0
2049	67.0	10.0
2050	67.0	10.0
2051	67.0	10.0
2052	67.0	10.0
2053	67.0	10.0
2054	67.0	10.0
2055	67.0	10.0
2056	67.0	10.0
2057	67.0	10.0
2058	67.0	10.0
2059	67.0	10.0
2060	67.0	10.0
2061	67.0	10.0
2062	67.0	10.0
2063	67.0	10.0
2064	67.0	10.0
2065	67.0	10.0
2066	67.0	10.0
2067	67.0	10.0
2068	67.0	10.0
2069	67.0	10.0
2070	67.0	10.0
2071	67.0	10.0
2072	67.0	10.0
2073	67.0	10.0
2074	67.0	10.0
2075	67.0	10.0
2076	67.0	10.0
2077	67.0	10.0
2078	67.0	10.0
2079	67.0	10.0
2080	67.0	10.0
2081	67.0	10.0
2082	67.0	10.0
2083	67.0	10.0
2084	67.0	10.0
2085	67.0	10.0
2086	67.0	10.0
2087	67.0	10.0
2088	67.0	10.0
2089	67.0	10.0
2090	67.0	10.0
2091	67.0	10.0
2092	67.0	10.0
2093	67.0	10.0
2094	67.0	10.0
2095	67.0	10.0
2096	67.0	10.0
2097	67.0	10.0
2098	67.0	10.0
2099	67.0	10.0
2100	67.0	10.0
2101	67.0	10.0
2102	67.0	10.0

- [illegible]

dia del mes

Mano Hacer Quinto Cero
FIRMA DEL SOLICITANTE

Por convenio entre "LA COMPAÑÍA" y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

AMPARO

AMPARO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual "LA COMPAÑÍA" informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.

BBVA Seguros

se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA - PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA - AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a "LA COMPAÑIA" dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA - PAGO DE INDEMNIZACIONES

"LA COMPAÑIA" pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante "LA COMPAÑIA". Vencido este plazo, "LA COMPAÑIA" reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a "LA COMPAÑIA" las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPAÑIA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPAÑIA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPAÑIA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

"LA COMPAÑIA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos, la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA - DERECHOS DE INSPECCIÓN

"LA COMPAÑIA" se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA - ADHESIÓN

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA - NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de las partes de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

BBVA Seguros

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO BÁSICO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA "LA COMPAÑÍA", CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA - EL TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

CLÁUSULA SEGUNDA - GRUPO ASEGURADO

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

CLÁUSULA TERCERA - PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, "LA COMPAÑÍA" concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, "LA COMPAÑÍA" tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y "LA COMPAÑÍA" quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CLÁUSULA CUARTA - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

CLÁUSULA QUINTA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Si el Tomador avisa por escrito a "LA COMPAÑÍA" para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por "LA COMPAÑÍA" o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a "LA COMPAÑÍA" todas las primas adeudadas en esa fecha.

"LA COMPAÑÍA" devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

CLÁUSULA SEXTA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por "LA COMPAÑÍA".

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por "LA COMPAÑÍA", la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero "LA COMPAÑÍA" sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

hoja 2 anexo 1

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

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

"Autorizo de manera permanente e irrevocable a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a sus filiales, subsidiarias y subordinadas que existan o que se constituyan en el futuro, a su matriz y a las filiales, subsidiarias y subordinadas de la matriz que existan o que se constituyan en el futuro o a quien represente sus derechos para consultar cualquier base de datos que contenga información sobre mis antecedentes comerciales y financieros, así como reportar, procesar, conservar, solicitar, compartir, actualizar y divulgar dicha información con fines estadísticos, de control, supervisión, encuestas, muestreos, pruebas de mercadeo y de información comercial. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y/o cualquiera de las entidades arriba citadas quedan autorizadas para suministrar información a sus filiales, subsidiarias y vinculadas, a su casa matriz, así como a las filiales, subsidiarias y vinculadas de ésta, en Colombia o en el exterior, contratistas y/o terceras personas con las cuales BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. establezca relaciones comerciales o contractuales, siempre que tales compañías almacenen, archiven, utilicen y guarden la confidencialidad de la información de acuerdo con las políticas internas de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA y de la ley."

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO ART. 1068 CÓDIGO DE COMERCIO.

Para constancia se firma en cr a los 29 días del mes de octubre de 2012.

Don Hugo Quinto Cero
ASEGURADO



BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 11 Nro. 87-51 Piso 6
Tel. 2191100 Fax. 6406883 Exts. 1139, 1126, 1226, 1118

ORIGINAL CLIENTE - COPIA 1 BANCO - COPIA 2 ASEGURADORA

126/1
Respecto a las pruebas testimoniales solicitadas, ruego al Señor Juez que en virtud de lo dispuesto en el Artículo 171 del Código General del Proceso, éstas se recepcionen a través de videoconferencia, teleconferencia o de cualquier otro medio de comunicación que garantice la intermediación, concentración y contradicción, teniendo en cuenta que tales personas residen en las ciudades de Bogotá y Cali.

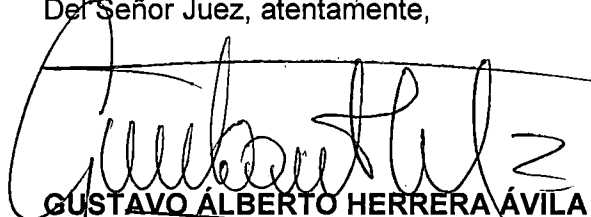
ANEXOS

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

NOTIFICACIONES

- La parte demandante recibirá notificaciones en las dirección que relaciona en el libelo demandatorio.
- El suscrito, en la Carrera Avenida 6 A bis No. 35-100 Oficina 212 en el edificio "Centro Empresarial Chipichape" de la ciudad de Cali, o en la dirección de correo electrónico: notificaciones@gha.com.co.
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en Carrera 15 No. 95 – 65. Edificio Astoria Pisos 5 y 6. Bogotá D.C., de la ciudad de Bogotá D.C.

Del Señor Juez, atentamente,


GUSTAVO ÁLBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

12/1

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- Copia de la Póliza de Seguro No. 0110043, su carátula, condicionado particular y anexos que de ella son parte integral. (obra en el expediente).
- Solicitud / Certificado Individual de fecha 30 de octubre de 2012 suscrito por el señor JHON HARVI QUINTERO. (obra en el expediente).
- Derecho de petición a la CLÍNICA DE LA EPS SALUCOOP para que remita con destino a este proceso la información correspondiente a la historia clínica del señor JHON HARVI QUINTERO. (obra en el expediente).
- Derecho de petición al BANCO BBVA - BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. para que remita con destino a este proceso la información correspondiente a la historia clínica del señor JHON HARVI QUINTERO, con motivo a las reclamaciones que se le hayan realizado y que se encuentren relacionadas con el señor JHON HARVI QUINTERO. (obra en el expediente).

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. OFICIOS

En el evento en que las partes a las cuales se les elevó derecho de petición se negaren a dar respuesta a la información solicitada, se ruego al honorable Despacho oficial a LA CLÍNICA DE SALUDCOOP y EL BANCO BBVA - BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A., lo siguiente:

- Se expida, con destino al proceso adelantado en el Juzgado Sexto (06) Civil Municipal de Cali, identificado con la radicación 760014003006-2019-00-381-00, copia íntegra de la historia clínica que el señor JHON HARVI QUINTERO CANO, identificado en vida con la cédula de ciudadanía No. 94.496.665., en su calidad de paciente tuvo como registrada en cada una de las atenciones brindadas en el año 2009, 2010, 2011 y 2012, toda vez que esta documentación hace parte del expediente identificado bajo la radicación No. 760014003006-2019-00-381-00, 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 JHON HARVI QUINTERO CANO dijo tener al momento de diligenciar el formulario mediante el cual se incorporó al contrato de seguro de vida a fecha del 30 de octubre de 2012. (obra en el expediente).
- Las direcciones a las cuales se les puede remitir oficio son las siguientes que expongo a continuación:
LA CLÍNICA DE SALUDCOOP se encuentra ubicada en Avenida 3Norte # 32AN-40 de la ciudad de Cali.
BANCO BBVA se encuentra ubicado en la calle 13 No. 4-79 del Edificio Otero en la ciudad de Cali.

3. INTERROGATORIO DE PARTE

128

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)

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.

6. **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 30 de octubre de 2012, fecha en la cual el señor JHON HARVI QUINTERO CANO, solicitó su inclusión al contrato de seguro identificado con el No. 0110043, mi representada le formuló unos cuestionarios (Declaración de Asegurabilidad y Declaración Personal de Salud), en los cuales las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido, tal y como consta en los anexos que se aportan junto con la contestación a la demanda. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Quintero las respondió negativamente, **tal y como puede observarse del formulario que reposa en la base de datos de la compañía a la que represento.**

Es decir, a pesar de que el señor Quintero, conocía de su diagnóstico de Hipertensión Arterial que según su historia clínica había sido prescrita en septiembre de 2012, al momento de en efecto suscribir el documento **omitió informar y/o poner en conocimiento de tales situaciones de salud, generando de esta manera la configuración inequívoca de la reticencia por incumplimiento del deber de información.**

Previo a poner en conocimiento el mencionado documento, vale señalar que quien firma un documento declara expresamente, **que su firma es señal de aceptación de todas y cada una de las particularidades que el documento contiene** y que con posterioridad a la suscripción de dicho documento, no puede ser posible el desconocimiento de su contenido, en tanto que la rúbrica es una clara manifestación de voluntad de quien la plasma por escrito, teniendo en cuenta las disposiciones comprendidas en el artículo 851 y 854 del Código de Comercio, en las que se establece las reglas para entender aceptada una oferta, que es propiamente cuando de manera inequívoca se pone de manifiesto la voluntad asertiva de la parte a la que se la ofrecido integrar un negocio jurídico.

	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	X	
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		
ANSIOSIDAD MENTAL O PSIQUIÁTRICOS		X
ALISIA, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		X
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		X
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEXIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		Y
DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		Y
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS		Y
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		Y
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		Y
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		Y
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?		X
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? Caso positivo indique el resultado.		Y
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		X
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:		

CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD



M026300000006002279600273000

Adicionalmente se reitera al señor Juez, que constituye una obligación del asegurado manifestar de manera transparente las respuestas que allí consigna, no solo en virtud de lo dispuesto en el

m!

*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*⁷.
(Subrayado 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 señor JHON HARVI QUINTERO CANO, conociendo a profundidad sus padecimientos, omitió informarlos, pues al momento de firmar el Certificado Individual del Seguro de Vida Grupo Deudores a la Póliza No. 0110043, manifestaba de manera expresa que entendía su contenido y no realizaba ninguna objeción o mención sobre el particular y sobre las preguntas que en este se encontraban contenidas, y bajo este entendido generando así una conducta RETICENTE

Frente a la figura de la reticencia, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema, 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 de la asegurada produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que la asegurada 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.

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

En ese sentido, y retomando las notas jurisprudenciales que la Corte Constitucional de manera detallada ha realizado, en punto de la reticencia, los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, es 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. De igual forma, 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

⁷ BÉCERRA, 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.

131

En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPAÑÍA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. "LA COMPAÑÍA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere"

Bajo esta modalidad de amparos de vida, el tomador es la respectiva entidad financiera y como es un seguro de carácter colectivo, el grupo asegurado lo constituyen los deudores con créditos vigentes, entendiéndose como tales las personas naturales, los socios de las sociedades de responsabilidad limitada, en comandita, de hecho y, en general, quien tenga ese carácter de deudor o sea responsable del pago de un crédito en favor de la entidad financiera, por lo anterior, es claro que quien se reputa como legitimado para acceder al pago del crédito es quien resulta ser beneficiario del contrato de seguros, y que en este caso, resulta ser el BANCO BBVA.

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

132

JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 10 No. 12-15 PISO 9 TORRE B – PALACIO DE JUSTICIA
SANTIAGO DE CALI

TRASLADO

Por el término de **CINCO (05)** días se da traslado a la parte demandante **CATALINA DUQUE GRAJALES** en nombre propio y de sus hijos **JOSHUA QUINTERO DUQUE Y DANIELA QUINTERO DUQUE** de las EXCEPCIONES DE MÉRITO (FL105-131) propuestas por el apoderado judicial de la entidad demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA.**, en el presente proceso **VERBAL** (RADICACIÓN **2019-00381-00**), conforme lo dispone el artículo 370 del Código General del Proceso en concordancia con lo indicado en el artículo 110 Ibídem, y lo hago constar en la Lista de Traslado número **007** siendo las 8:00 de la mañana.-

Santiago de Cali,
13 de marzo de 2020.


CAROLINA VALENCIA TEJEDA
Secretaria



EMHP

Original
No. de Folios 18



(24)

9 MAR 2014 05:19
JUZGADO 06 CNPAL CALI
18 FLS
T 52

Asuntos Civiles, Comerciales, Penales, Administrativos y Laborales
Celular: 3165563355 - 3218019412- Fijo: 3957520
Carrera 5 # 12 - 16 Edificio Suramericana Oficina 810
Santiago de Cali- Valle

Señores:

JUEZ SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE CALI
ATT. SR. JUEZ MAURICIO GARCES GARCES
E. S. D.

REF: PROCESO EJECUTIVO SINGULAR de
IMEXCO GLOBAL COMPANY SAS. Contra
VIDRIOS Y CRISTALES DEL SUR LTDA.
EXCEPCION PREVIA. RAD: 20190077200

LUIS FERNANDO BOLIVAR MAYA, abogado titulado, inscrito, y en ejercicio, identificado como aparece al final al pie de mi correspondiente firma al final de este documento, obrando de conformidad con el poder debidamente conferido por el Demandado **LUIS ALFONSO AGUILAR BOHORQUEZ** en calidad de representante legal de **VIDRIOS Y CRISTALES DEL SUR LTDA** en el asunto de la referencia, de conformidad al Artículo 100 del Código General del Proceso, numeral 1 **EXCEPCIÓN PREVIA DE FALTA DE JURISDICCION O COMPETENCIA.**, con base en los siguientes hechos:

PRIMERO: La parte demandante por intermedio de su apoderado judicial al incoar la demanda y la debida subsanación no tiene en cuenta los requisitos del artículo 28 del CGP. A lo que hace referencia la competencia territorial en su Numeral 3 y su Numeral 5 que en el sentido material el operador jurídico establece que la alteración de la competencia para que surja objetivamente por razón de la cuantía ante el juez civil municipal debe ser encausada o motivada por la reforma de la misma demanda impetrada, por demanda de reconvención, por acumulación de pretensiones y en ultimas por acumulación de demandas; caso que no se asemeja dentro de lo formulado por la parte actora, la cual pudo haberlo hecho el momento procesal y dentro términos pertinentes, por lo tanto el Numeral 4 del Artículo 28 del CGP abre el entendimiento para persuadir a la parte demandante en señal a lo prestablecido en la norma procedimental, en cuanto a los procesos litigiosos que dice: *en los procesos judiciales contra persona jurídica es competente el juez de su domicilio principal....Existiendo la Salvedad "Sin Embargo" nace una Excepción Condicionada al factor territorial que predispone..." cuando se trate de asuntos vinculados a una sucursal o agencia serán competente, a prevención, el juez de aquel o de esta"* Para el caso que nos compete, el asunto, o tramite pertinente a la luz de la interpretación se refleja en el certificado de existencia y representación en donde el único domicilio de la parte demandada es Bogotá D.C. es allí que en la reforma o reconvención se pudo haber formulado y no se hizo, teniendo el demandado una posición dominante, solicitando una NULIDAD RELATIVA materia de discusión dentro de lo que antecede el Juez.

Ata who



Asuntos Civiles, Comerciales, Penales, Administrativos y Laborales
Celular: 3165563355 – 3218019412- Fijo: 3957520
Carrera 5 # 12 - 16 Edificio Suramericana Oficina 810
Santiago de Cali- Valle

2
53

SEGUNDO: No obstante lo anterior pongo en conocimiento ante el despacho que la parte Actora presenta inconsistencias en la redacción de los hechos, creando confusión en donde no asemeja desde el inicio de la demanda y su debida subsanación que dentro del contenido de la misma, atribuye que el domicilio del Demandado es en la ciudad de Cali, dando como cierto a una realidad inexistente, que fácilmente se desestima con la prueba aportada por la parte Actora del Certificado de Existencia y Representación de La cámara de comercio de Bogotá D.C. De la empresa Demandada **VIDRIOS Y CRISTALES DEL SUR LTDA**

TERCERO: Por otro lado, se configura la causal 1 del artículo 82 del Código General del Proceso 1. La designación del Juez a quien se dirija la demanda, desde el inicio debe haber claridad en la designación es válido debatir con un sustento probatorio que cree certeza y convicción, a usted Sr. Juez de lo contrario, se deben tomar las medidas eficaces y los correctivos conforme a Derecho.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamento de derecho los artículos 469 y ss. 422 y ss. 28, núm. 3 y 5, 83, del Código General del Proceso, artículos 422 y ss. 625 y 691 del Código de Comercio y Demás normas concordantes o complementarias.

PRUEBAS:

Sírvase Señor Juez, decretar y practicar las siguientes pruebas en aras de asumir la legítima defensa de la parte demandada y considerar lo solicitado:

DOCUMENTALES:

- **Certificado de Existencia y Representación de VIDRIOS Y CRISTALES DEL SUR LTDA.**
- **Certificación Contable del Estado Actual de la Cuenta hasta el 06 de marzo del 2.020.**
- **Copia de Factura No. CLO-21314 por Valor de \$ 11.614.884 pesos Mcte. con fecha del 2017-07-06**
- **Original del Recibo de Consignación de BANCOLOMBIA con fecha del 2017-08-01 cancelando la obligación por valor de \$ 11.615.000**
- **Original y copia de Recibo de Consignación de BANCOLOMBIA con fecha del 2017-09-14 cancelando la obligación por valor de \$ 4.585.543 de las FACTURAS CLO-21372, 21373, y 21374 cada una por valor de \$ 1.397.500 para un total de \$ 4.192.500 quedando un Saldo restante de \$ 393.043 a la factura CLO-2143 Valor Real \$ 2.411.957 pesos Mcte.**
- **Copia de Recibo de Consignación de BANCOLOMBIA con fecha del 2020-03-07 cancelando la obligación por valor de \$ 2.412.000 pesos Mcte.**



Asuntos Civiles, Comerciales, Penales, Administrativos y Laborales
Celular: 3165563355 – 3218019412- Fijo: 3957520
Carrera 5 # 12 - 16 Edificio Suramericana Oficina 810
Santiago de Cali- Valle

TESTIMONIALES:

Solicito se decreten y escuchen en declaración a las siguientes personas, quienes son todas ellas mayores de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a efecto de que depongan sobre lo que les conste acerca de los hechos de la demanda y la subsanación de la misma.

- Solicito al Señor Juez, ordenar la citación y comparecencia de la parte Demandada a la Señora BLANCA CECILIA ALONSO LOPEZ identificada con C.C. No. 41.420.535 de Pandi-Cundinamarca, domiciliada y residente en la Carrera 80 A No. 45-06 de la ciudad de Bogotá D.C. con teléfono: (091)4538579, móvil: 3115588165, con dirección electrónica: vidriosycristaleselsurltda@hotmail.com quien aparentemente aparece firmando el recibido de una factura de **IMEXCO GLOBAL COMPANY SAS**. Para que su despacho fije fecha y hora para que rinda declaración con exhibición de documentos que hacen parte de la demanda y su debida subsanación con sus anexos.
- Solicito al Señor Juez, ordenar la citación y comparecencia de la parte Demandada al Señor LUIS ALFONSO AGUILAR ALONSO identificado con C.C. No. 80.150.720 de Bogotá D.C., domiciliada y residente en la Carrera 87 No. 48-50 de la ciudad de Bogotá D.C. con teléfono: (091)5518737, móvil: 3133395595, con dirección electrónica: vidriosycristaleselsurltda@hotmail.com quien aparentemente aparece firmando el recibido de una factura de **IMEXCO GLOBAL COMPANY SAS**. Para que su despacho fije fecha y hora para que rinda declaración con exhibición de documentos que hacen parte de la demanda y su debida subsanación con sus anexos.
- Solicito al Señor Juez, ordenar la citación y comparecencia de la parte Demandada a la contadora LADY ADRIANA HUERFANO MORENO identificada con C.C. No. 53.131.359 de Bogotá D.C. portadora de la Tarjeta profesional No. 136.375 con domicilio en la Carrera 80 A No. 57ª-75 Sur del Barrio Class Roma de la ciudad de Bogotá D.C. con teléfono: (091)7780851-7819422, móvil: 3167407307, con dirección electrónica: vidriosycristaleselsurltda@hotmail.com Para que su despacho fije fecha y hora para que rinda declaración con exhibición de documentos que hacen parte de la demanda y su debida subsanación con sus anexos.



Asuntos Civiles, Comerciales, Penales, Administrativos y Laborales
Celular: 3165563355 – 3218019412- Fijo: 3957520
Carrera 5 # 12 - 16 Edificio Suramericana Oficina 810
Santiago de Cali- Valle

INTERROGATORIO DE PARTE CON EXHIBICION DE DOCUMENTOS

Ruego al Señor Juez, hacer comparecer a la Sra. **GELEN MUÑOZ LOPEZ** en su condición de representante legal o quien haga sus veces de la empresa IMEXCO GLOBAL COMPANY SAS NIT: 900373007-6 identificada con cedula de ciudadanía No. 52.505.980 de Bogotá D.C. cuya dirección es la Diagonal 23 Transversal 10 B-120 Primer Piso del Barrio Colseguros de Cali, móvil: 3206996856-3147471348 empresa demandante.

DECLARACIONES Y CONDENAS

1. Declarar probada la excepción previa de **EXCEPCIÓN PREVIA DE FALTA DE JURISDICCION O COMPETENCIA.** y declarar la nulidad y terminación del proceso o de lo contrario remitirlo al competente y declarar probada, si no se subsana la excepción contemplada en el numeral 1 del artículo 100 del C.G.P.
2. Condenar al demandante en Costas y Agencias en derecho.

Téngase como prueba solicitada el dictamen pericial precitado para la determinación del valor del bien en cuanto a la competencia en primera instancia por éste despacho o incompetencia si ese valor se estimara como mayor. La otra excepción se resuelve de puro derecho.

NOTIFICACIONES:

El Demandado VIDRIOS Y CRISTALES DEL SUR LTDA por intermedio de su Representación Legal el Sr. LUIS ALFONSO AGUILAR BOHORQUEZ las recibirá en la Carrera 80 A No. 57ª-75 SUR Barrio CLAS ROMA de la ciudad de Bogotá D.C. con teléfono: (091)4538579, móvil: 3115588165, con dirección electrónica: vidrioscristaleselsurltda@hotmail.com

El Apoderado Judicial de la parte Demandada dentro de este proceso Ejecutivo Singular, el abogado Luis Fernando Bolívar Maya en la dirección Cra 5 # 12-16 Ed. Suramericana Oficina 810 Tel: 3957020- Móvil: 321-8019412 de Cali-Valle.

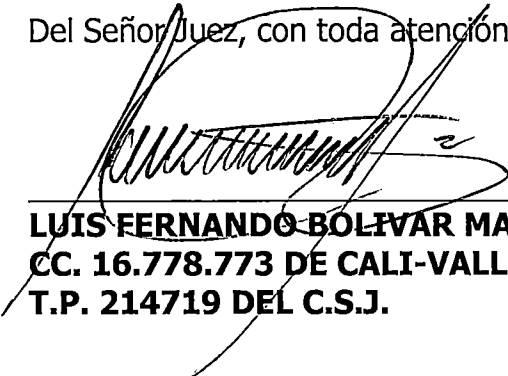
La Parte Demandante IMEXCO GLOBAL COMPANY SAS NIT: 900373007-6 en la Diagonal 23 Transversal 10 B-120 Primer Piso del Barrio Colseguros de Cali, móvil: 3206996856-3147471348 Calle 174 # 7-79, Apto 501 de Bogotá D.C.

El Apoderado Judicial de la parte Demandante dentro de este proceso Ejecutivo Singular, el abogado Daniel Felipe López Bolaños en la dirección Cra 38 A # 10-41 del Barrio Olímpico de Cali-Valle. Móvil: 3014908933 con dirección electrónica: dfbjuridica@gmail.com



Asuntos Civiles, Comerciales, Penales, Administrativos y Laborales
Celular: 3165563355 – 3218019412- Fijo: 3957520
Carrera 5 # 12 - 16 Edificio Suramericana Oficina 810
Santiago de Cali- Valle

Del Señor Juez, con toda atención,


LUIS FERNANDO BOLIVAR MAYA
CC. 16.778.773 DE CALI-VALLE
T.P. 214719 DEL C.S.J.

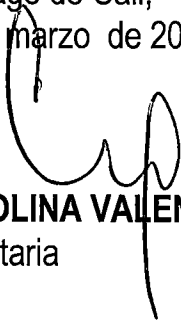
75

JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 10 No. 12-15 PISO 9 TORRE B – PALACIO DE JUSTICIA
SANTIAGO DE CALI

TRASLADO

Por el término de Tres (3) días se da traslado a la parte demandada **VIDRIOS Y CRISTALES DEL SUR LTDA** de las EXCEPCIONES PREVIAS (Fls-52 al 56) propuestas por la sociedad demandante **IMEXCO GLOBAL COMPANY S.A.S.**, en el presente proceso **EJECUTIVO** (RADICACIÓN **2019-772**), conforme lo dispone el artículo 101 del Código General del Proceso en concordancia con lo indicado en el artículo 110 Ibídem, y lo hago constar en la Lista de Traslado número 007 siendo las 8:00 de la mañana.-

Santiago de Cali,
13 de marzo de 2020.


CAROLINA VALENCIA TEJEDA
Secretaria



EMHP

Señor
JUEZ SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE CALI
E. S. D.

ASUNTO: Excepciones Previas
RADICADO: 2017-00874 808.
DEMANDANTE: JUAN BAUTISTA DIAZ
DEMANDADO: LUZ MARINA CARABALI CARABALI

JUZGADO 06 CMPAL CALI

Ly ifde
1 JUN '18 09:56:39

ANDRES GONZALEZ ARANGO, también mayor de edad, domiciliado en Cartago, Valle, identificado con la cedula de ciudadanía Nro 9.870.333 expedida en Pereira, portador de la Tarjeta Profesional No. 153.024 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de Defensor Público, acudiendo como apoderado de la señora **LUZ MARINA CARABALI CARABALI**, estando dentro del término, por medio del presente escrito me permito proponer las siguientes excepciones previas así:

- NO COMPREDER LA DEMANDA A TODOS LOS LITISCONSORTES NECESARIOS

Se fundamenta esta excepción en el hecho la demandante y la demandada, celebraron conciliación ante el Juez de Paz de la Comuna 5 de Santiago de Cali, celebrado mediante Acta 0453-14, protocolizado mediante escritura pública Nro. 0404 del 14 de abril de 2015 de la Notaría 17 de Cali, en la que acordaron que el señor JUAN BAUTISTA DÍAZ entregaría en donación el segundo piso del bien inmueble de su propiedad, ubicado en la 1A 4B # 73- 81 piso 2 del barrio San Luis, municipio de Cali, a la señora ESTEFANY CAROLINA DIAZ CARABALI, por lo cual cualquier decisión que se tome respecto al segundo piso del precitado inmueble afectaría los derechos de esta última, por ser la beneficiaria de la donación.

Téngase como prueba la escritura pública allegada al Proceso por la parte demandante.

Atentamente,

ANDRES GONZALEZ ARANGO
C.C Nro. 9.870.333 de Periera
TP Nro. 153024 del CS de la JUd

1009
Jmw slx

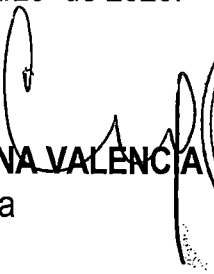
107

JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 10 No. 12-15 PISO 9 TORRE B – PALACIO DE JUSTICIA
SANTIAGO DE CALI

TRASLADO

Por el término de **CINCO** (05) días se da traslado a la parte demandante señor **JUAN BAUTISTA GONZÁLEZ** de las **EXCEPCIONES PREVIAS** (Folios No.90) propuestas por el apoderado judicial de la señora **LUZ MARINA CARABALI CARABALÍ**, en el presente proceso **VERBAL** (RADICACIÓN **2017-00808-00**), conforme lo dispone el artículo 370 del Código General del Proceso en concordancia con lo indicado en el artículo 110 Ibídem, y lo hago constar en la Lista de Traslado número **007** siendo las 8:00 de la mañana.-

Santiago de Cali,
13 de marzo de 2020.


CAROLINA VALENCIA TEJEDA
Secretaria



EMHP

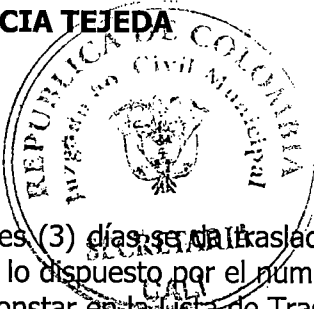
PROCESO EJECUTIVO
DEMANDANTE: COLEGIO LA ARBOLEDA S.A.S
DEMANDADO: JORGE STEVE CRUZ TRUQUE
RADICACION: 760014003006 2019-00225-00

LA SUSCRITA SECRETARIA DEL JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI, PROCEDE A EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN DE COSTAS A QUE FUERA CONDENADA LA PARTE DEMANDADA **JORGE STEVE CRUZ TRUQUE**, EN PROVIDENCIAS DE FECHA contenida en el AUTO No. 4871 del **18/12/2019 y AUTO 892 DEL 05/03/2020**, PROFERIDA EN EL PROCESO **EJECUTIVO** PROPUESTO POR **EL COLEGIO ARBOLEDA**, QUIEN ACTÚA A TRAVÉS DE APODERADA JUDICIAL, ASÍ:

AGENCIAS EN DERECHO (FI39)	\$1.450.000.00
NOTIFICACION (FI 30)	\$12.200.00
TOTAL	\$1.462.200.00

Cali, marzo 12 de 2020.

CAROLINA VALENCIA TEJEDA
Secretaria



TRASLADO:

Por el término de tres (3) días se hará traslado a las partes de la anterior **LIQUIDACIÓN DE COSTAS**, según lo dispuesto por el numeral 3º del artículo 366 del Código General del Proceso, y la hago constar en la Lista de Traslado número **007**.

Santiago de Cali, 13 de marzo de 2020.

CAROLINA VALENCIA TEJEDA
Secretaria



EMHP