Juzgado 06 Civil Municipal - Santander - Bucaramanga

De: GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS
Enviado el: viernes, 26 de febrero de 2021 12:36 p. m.
Para: Juzgado 06 Civil Municipal - Santander - Bucaramanga
CC: jeanette.rangel@empas.gov.co; chanet79@hotmail.com; elviamile22@gmail.com; H & A Santiago Rojas Buitrago; GHA Manuel Fernando Rodriguez Soto
Asunto: CONTESTACIÓN DEMANDA: PROCESO VERBAL SUMARIO RADICADO No. 2020-00450 // MARIA STELLA OLARTE VEGA vs BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA
Datos adjuntos: CONTESTACION 2020-00450-00 Y ANEXOS.pdf

Señor:

JUEZ SEXTO (6) CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

E. S. D.

REFERENCIA: **PROCESO VERBAL SUMARIO**

DEMANDANTE: **MARÍA STELLA OLARTE VEGA Y JEANETTE RANGEL RÍOS**

DEMANDADOS: **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**

RADICADO: **2020-00450-00**

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**., tal como consta en el poder que fue enviado el día 26 de enero de 2021 por correo electrónico, que se anexa y **ACEPTO** en este escrito, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra

Elías Salazar, comedidamente, en atención del auto de 24 de febrero de 2021, procedo dentro del término legal a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por MARÍA STELLA OLARTE VEGA Y JEANETTE RANGEL RÍOS en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen en memorial adjunto con sus respectivos anexos.

De forma respetuosa solicito se confirme el recibido de este correo y su archivo adjunto.

Atentamente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

Apoderado BBVA SEGUROS DE VIDA S.A

Señor:
JUEZ SEXTO (6) CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL SUMARIO
DEMANDANTE: MARÍA STELLA OLARTE VEGA Y JEANETTE RANGEL RÍOS
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A
RADICADO: **2020-00450-00**

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

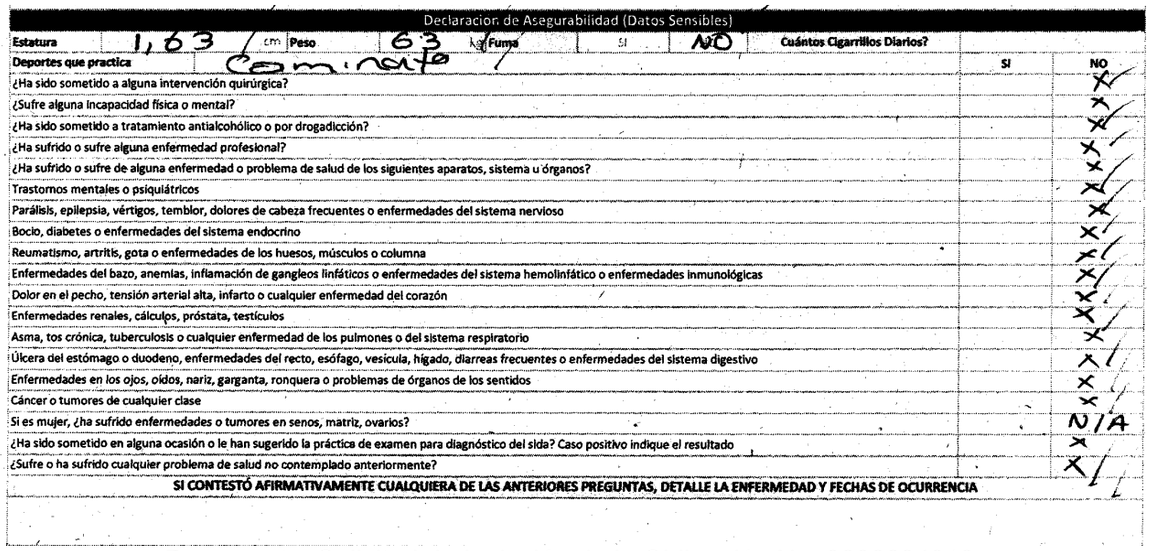
GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**., tal como consta en el poder que fue enviado el día 26 de enero de 2021 por correo electrónico, que se anexa y **ACEPTO** en este escrito, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar, comedidamente procedo dentro del término legal a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por MARÍA STELLA OLARTE VEGA Y JEANETTE RANGEL RÍOS en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación, previas la siguiente:

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: Si bien es cierta la existencia de las obligaciones identificadas con el número 0013-0158-00- 9606744627 y 0013-0158-00-9606684013, se debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocaron los productos. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

Ahora bien, de cara a los contratos de seguro vida grupo deudor celebrados con ocasión de las citadas obligaciones, es fundamental que desde ahora el honorable despacho tome en consideración que el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar sus inclusiones en la póliza -10 de noviembre de 2015-, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo en cada una de ellas, 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 las inclusiones en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar las mismas, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Es decir, a pesar de que el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad a la suscripción de las solicitudes de inclusión de los contratos respectivos -10 de noviembre de 2015-, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* a la Compañía Aseguradora. Lo que precede se constata en las dos Solicitudes de Inclusión a la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores por las obligaciones 9606684013 y 9606744627, específicamente en los cuestionarios de asegurabilidad que están en su cuerpo, cuyos apartes pertinentes plasmo a continuación:



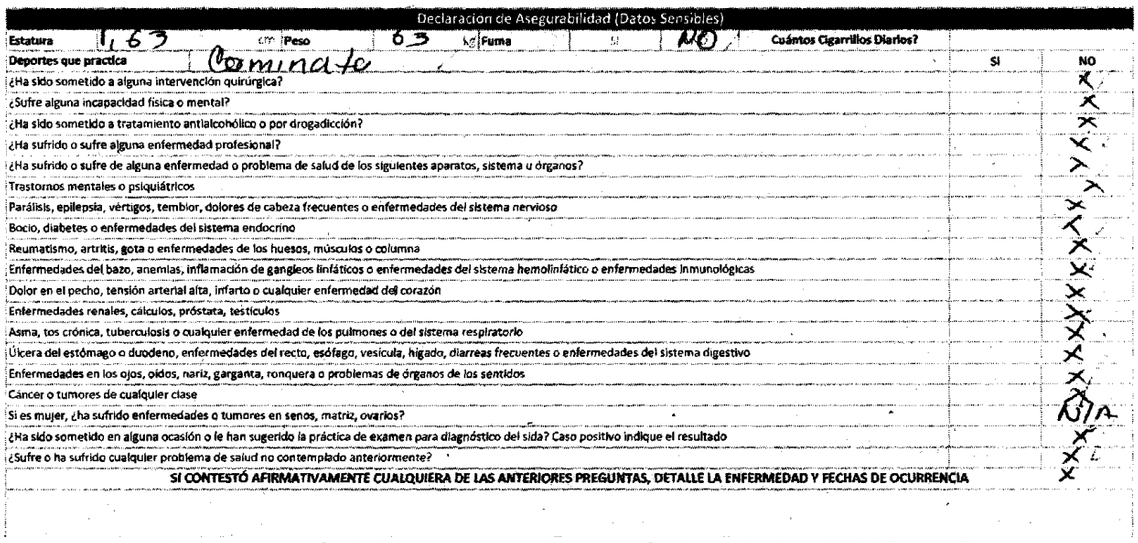
Declaracion de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	1,63	cm	Peso	63	kg	Fuma	si	NO	Cuántos Cigarrillos Diarios?
Deportes que practica	Caminata								

	SI	NO
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?		X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?		X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistema u órganos?		X
Trastornos mentales o psiquiátricos		X
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores 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, anemias, inflamación de gangleos linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas		X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón		X
Enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos		X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio		X
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesicula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo		X
Enfermedades en los ojos, oidos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos		X
Cáncer o tumores de cualquier clase		X
Si es mujer, ¿ha sufrido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?		N/A
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado		X
¿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

Documento: Solicitud de Inclusión de la Obligación No. 9606684013, relacionada como prueba documental 1.6.



Declaracion de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	1,63	cm	Peso	63	kg	Fuma	si	NO	Cuántos Cigarrillos Diarios?
Deportes que practica	Caminata								

	SI	NO
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?		X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?		X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistema u órganos?		X
Trastornos mentales o psiquiátricos		X
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores 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, anemias, inflamación de gangleos linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas		X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón		X
Enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos		X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio		X
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesicula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo		X
Enfermedades en los ojos, oidos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos		X
Cáncer o tumores de cualquier clase		X
Si es mujer, ¿ha sufrido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?		N/A
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado		X
¿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

Documento: Solicitud de Inclusión de la Obligación No. 9606744627, relacionada como prueba documental 1.7.

Como se observa de lo anterior, el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad de los contratos de seguro respectivos. En este sentido, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades previas al perfeccionamiento de sus seguros, situación que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos -10 de noviembre de 2015-, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas para los aseguramientos.

Las enfermedades que eran padecidas y conocidas por el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) con anterioridad a sus inclusiones en los contratos de seguro -10 de noviembre de 2015- fueron las siguientes:

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)**
- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

En efecto, no se entiende por qué el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) no informó a mi representada de las patologías previamente descritas, siendo que por su envergadura, las personas no las olvidan con facilidad y, en tal virtud, es incuestionable que debió informarlo a la Aseguradora antes del perfeccionamiento de los contratos de seguro.

De esta manera, es de suma importancia tener en cuenta que, según las reglas de la experiencia, las Compañías de Seguros se abstienen de asegurar, o por lo menos, lo hacen en condiciones más onerosas, cuando se está ante potenciales asegurados con antecedentes como lo descritos.

En consecuencia, en el caso concreto la voluntad de mi representada se vio viciada en su consentimiento, debido a que creyó estar asegurando una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente aseguró a una que ya padecía de sendas patologías.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** El señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) padecía de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* con anterioridad a la fecha de suscripción de la solicitudes de inclusión y declaración de asegurabilidad de los contratos de seguro respectivos -10 de noviembre de 2015- **(ii)** que dada la gravedad del evento y el riesgo de las patologías, es completamente claro que estas tienen tal envergadura, que cumplen a cabalidad los requisitos del artículo 1058 del C.Co para declarar la nulidad de los aseguramientos.

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

Ahora bien, también deberá tener en cuenta el despacho que, en las solicitudes de inclusión, se realizaron algunas preguntas con el propósito de constatar el estado de salud real del futuro asegurado. En estas se interrogó al señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) por las patologías que padecía previo a la suscripción de las solicitudes de inclusión en los contratos respectivos. Transcribo algunos de los interrogantes formulados, que son pertinentes para evidenciar la reticencia del caso que nos ocupa.

> *"(…)*
> *¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES, APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?*
> *(…)*
> *DOLOR EN EL PECHO,* ***TENSIÓN ARTERIAL ALTA,*** *INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN*
> ***ENFERMEDADES RENALES****, CÁLCULOS, PRÓSTATA O TESTÍCULOS*
> *(…)*
> ***¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?****" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De las mentadas preguntas, se concluye fácilmente que **(i)** a pesar de que el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) padecía de "*Hipertensión arterial (HTA"* con anterioridad a la fecha de suscripción de las solicitudes de inclusión y declaración de asegurabilidad de los contratos de seguro respectivos, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le interrogaba específicamente por esta en los cuestionarios de asegurabilidad; **(ii)** a pesar de que el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) padecía de "*Insuficiencia renal crónica"* con anterioridad a la fecha de suscripción de la solicitudes de inclusión y declaración de asegurabilidad de los contratos de seguro respectivos, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que le interrogaban específicamente por esta en los cuestionarios de asegurabilidad; **(iii)** que aunque que padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En resumen, el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente debido a que no declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de su inclusión en los contratos de seguro, esto es, no informó a mi procurada sus antecedentes de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* en el cuestionario que le fue propuesto en cada una de las solicitudes de inclusión. Si mi procurada hubiere conocido tales patologías que el asegurado (Q.E.P.D) padecía, evidentemente se hubiere retraído de otorgar los amparos, o por lo menos, hubiere pactado condiciones mucho más onerosas en cada uno de ellos. Por consiguiente, al tener tales enfermedades la relevancia para que mi procurada no hubiere otorgado el amparo o, por lo menos, para que lo hubiere realizado en condiciones más onerosas, el hecho de no haber sido informadas por el asegurado (Q.E.P.D) nos ubica en la hipótesis de reticencia del artículo 1058 del Código de Comercio, razón por la cual, los contratos de seguro de marras deberán ser declarados nulos.

AL HECHO SEGUNDA(sic): No es cierto. Tal y como se indicó en respuesta al hecho anterior, el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de solicitar su inclusión en los contratos de seguro, esto es, no informó a mi procurada sus antecedentes de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica".* Si mi procurada hubiere conocido tales patologías que el asegurado (Q.E.P.D) padecía y que no informó, evidentemente se hubiere retraído de otorgar los amparos, o por lo menos, hubiere pactado condiciones mucho más onerosas en estos. Por consiguiente, al tener tales enfermedades la relevancia para que mi procurada no hubiere otorgado los amparos o, por lo menos, lo hubiere realizado en condiciones más onerosas, el hecho de no haber sido informadas por el asegurado (Q.E.P.D) nos ubica en la hipótesis de reticencia del artículo 1058 del Código de Comercio, razón por la cual, los contratos de seguro de marras deberán ser declarados nulos.

Así las cosas, no resulta cierto la cobertura de los contratos allí expresada, toda vez que estos adolecen de nulidad relativa por reticencia.

AL HECHO TERCERO: No es cierto. Se reitera que el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de solicitar su inclusión en los contratos de seguro, esto es, no informó a mi procurada sus antecedentes de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica".* Si mi procurada hubiere conocido tales patologías que el asegurado (Q.E.P.D) padecía y que no informó, evidentemente se hubiere retraído de otorgar los amparos, o por lo menos, hubiere pactado condiciones mucho más onerosas en estos. Por consiguiente, al tener tales enfermedades la relevancia para que mi procurada no hubiere otorgado los amparos o, por lo menos, lo hubiere realizado en condiciones más onerosas, el hecho de no haber sido informadas por el asegurado (Q.E.P.D) nos ubica en la hipótesis de reticencia del artículo 1058 del Código de Comercio, razón por la cual, los contratos de seguro de marras deberán ser declarados nulos.

Así las cosas, no resulta cierto la cobertura de los contratos allí expresada, toda vez que estos adolecen de nulidad relativa por reticencia.

AL HECHO CUARTO: No le consta a mi procurada la circunstancia personal descrita en este hecho toda vez que es ajena a la actividad asegurada de aquella.

En todo caso, deberá tener en cuenta el despacho que no es necesario que exista una relación de causalidad entre las enfermedades no declaradas por el asegurado y la que finalmente le causa la muerte, en la medida que lo que tutela la institución de nulidad del contrato por reticencia es el consentimiento del asegurador al momento de celebrar el contrato, tal como fue expuesto en la sentencia C-232 de 1997, de la Corte Constitucional.

AL HECHO QUINTO: Parcialmente cierto. Me atengo al contenido de la respuesta dada por mi procurada a la solicitud de indemnización presentada por el extremo actor, en cuyo contenido, entre otros, se destaca lo siguiente:

> *"Presentada la reclamación por el BBVA, se procedió a la revisión de la documentación aportada y al trámite correspondiente de la solicitud.*
>
> *De acuerdo con la Historia Clínica emitida por la Nueva EPS, encontramos que el señor Esteban Rangel (Q.E.P.D) tenía antecedentes de Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica de acuerdo con registro medico de fecha 28 de julio de 2012. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, mediante comunicación dirigida el pasado 03 de diciembre de 2018.".*

AL HECHO SEXTO: No es un hecho sino un juicio de valor del apoderado, respecto del cual no procede ningún tipo de pronunciamiento.

En todo caso, no es cierta la afirmación plasmada en este numeral fáctico. La empresa aseguradora no incumplió los contratos toda vez que, con independencia de que la enfermedad haya sido adquirida posteriormente a la celebración de estos, los negocios jurídicos adolecían de nulidad relativa por reticencia toda vez que el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) omitió informar al mi procurada sus patologías de *"Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica",* en la declaración de asegurabilidad, tal como se acreditará en el proceso.

Por consiguiente, fue el asegurado, al no haber declarado con sinceridad su real estado de salud, el que incumplió la obligación de informar las circunstancias reales que determinan la situación de riesgo establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio y contravino la naturaleza de ubérrima buena fe del contrato de seguro, todo lo cual a su vez derivó en la nulidad por reticencia de los negocios jurídicos aseguraticios que nos ocupan.

AL HECHO SÉPTIMO: No es un hecho sino un juicio de valor del apoderado, respecto del cual no procede ningún tipo de pronunciamiento.

En todo caso, no es cierta la afirmación realizada en este numeral fáctico. En primer lugar, tal como se expuso, no ha existido incumplimiento alguno de parte de mi procurada toda vez que fue el asegurado (Q.E.P.D) quien incumplió la obligación de informar las circunstancias reales que determinan la situación de riesgo establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio y contravino la naturaleza de ubérrima buena fe del contrato de seguro, todo lo cual a su vez derivó en la nulidad por reticencia de los negocios jurídicos aseguraticios que nos ocupan.

AL HECHO OCTAVO: No le consta a mi procurada la descripción fáctica realizada en este hecho en la medida que se trata del estado de ejecución de unos contratos celebrados con persona jurídica distinta a mi procurada, razón por la cual, el demandante deberá cumplir con la carga probatoria respectiva.

AL HECHO NOVENO: No es cierto tal y como está expuesto. En primer lugar, no me consta lo descrito como *"allegando únicamente los documentos que se adjuntan"* toda vez que, como se indicó en solicitud preliminar, no se remitió el traslado íntegro de la demanda, razón por la cual se desconocen tales documentos.

En segundo lugar, debe tener en cuenta el despacho la especial naturaleza de los contratos de seguro que nos ocupan: seguro vida grupo deudores. Lo que precede en tanto que frente a este tipo particular de contrato de seguro, dada su naturaleza colectiva y masiva, no se expide una póliza como es normalmente conocida sino una solicitud de inclusión/certificado individual de seguro en el que se documenta la información legal pertinente relativa el negocio jurídico aseguraticio celebrado.

Fueron los certificados individuales de seguro de las obligaciones 013-0158-00- 9606744627 y 0013-0158-00-9606684013, en los que se documentan los contratos de seguro grupo deudores celebrados, y los condicionados generales aplicables, lo que remitió mi procurada en correo electrónico de 10 de junio de 2020.

Finalmente, se reafirma la nulidad por reticencia de la que adolecen los contratos de seguro de marras, tal como fue expuesta en contestación al HECHO PRIMERO.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la aquel declaró el estado del riesgo en el certificado individual de seguro que suscribió.

En efecto, me opongo a la **PRIMERA** pretensión elevada por la parte Accionante por las siguientes razones:

1. *Nulidad del contrato de seguro:* el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente debido a que no declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de su inclusión en los contratos de seguro, esto es, no informó a mi procurada sus antecedentes de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* en el cuestionario que le fue propuesto en cada una de las solicitudes de inclusión. Si mi procurada hubiere conocido tales patologías que el asegurado (Q.E.P.D) padecía, evidentemente se hubiere retraído de otorgar los amparos, o por lo menos, hubiere pactado condiciones mucho más onerosas en cada uno de ellos. Por consiguiente, al tener tales enfermedades la relevancia para que mi procurada no hubiere otorgado el amparo o, por lo menos, para que lo hubiere realizado en condiciones más onerosas, el hecho de no haber sido informadas por el asegurado (Q.E.P.D) nos ubica en la hipótesis de reticencia del artículo 1058 del Código de Comercio, razón por la cual, los contratos de seguro de marras deberán ser declarados nulos.

Por otra parte, me opongo a la **SEGUNDA** pretensión elevada por la parte Accionante por las mismas razones previamente expuestas, que reitero a continuación:

1. *Nulidad del contrato de seguro:* el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente debido a que no declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de su inclusión en los contratos de seguro, esto es, no informó a mi procurada sus antecedentes de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* en el cuestionario que le fue propuesto en cada una de las solicitudes de inclusión. Si mi procurada hubiere conocido tales patologías que el asegurado (Q.E.P.D) padecía, evidentemente se hubiere retraído de otorgar los amparos, o por lo menos, hubiere pactado condiciones mucho más onerosas en cada uno de ellos. Por consiguiente, al tener tales enfermedades la relevancia para que mi procurada no hubiere otorgado el amparo o, por lo menos, para que lo hubiere realizado en condiciones más onerosas, el hecho de no haber sido informadas por el asegurado (Q.E.P.D) nos ubica en la hipótesis de reticencia del artículo 1058 del Código de Comercio, razón por la cual, los contratos de seguro de marras deberán ser declarados nulos.

2. Los contratos de seguro documentados en las solicitudes de inclusión de la póliza vida grupo deudores del caso que nos ocupan amparan el saldo insoluto de la obligación a fecha del presunto siniestro, conforme al numeral 3.6.3.7 de la parte II de la Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia.

En efecto, me opongo a la **TERCERA** pretensión elevada por la parte Accionante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho

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

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Me permito oponerme a lo predicado en el juramento estimatorio por las siguientes razones:

1. *Nulidad del contrato de seguro:* el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente debido a que no declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de su inclusión en los contratos de seguro, esto es, no informó a mi procurada sus antecedentes de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* en el cuestionario que le fue propuesto en cada una de las solicitudes de inclusión. Si mi procurada hubiere conocido tales patologías que el asegurado (Q.E.P.D) padecía, evidentemente se hubiere retraído de otorgar los amparos, o por lo menos, hubiere pactado condiciones mucho más onerosas en cada uno de ellos. Por consiguiente, al tener tales enfermedades la relevancia para que mi procurada no hubiere otorgado el amparo o, por lo menos, para que lo hubiere realizado en condiciones más onerosas, el hecho de no haber sido informadas por el asegurado (Q.E.P.D) nos ubica en la hipótesis de reticencia del artículo 1058 del Código de Comercio, razón por la cual, los contratos de seguro de marras deberán ser declarados nulos.

2. Los contratos de seguro documentados en las solicitudes de inclusión de la póliza vida grupo deudores del caso que nos ocupan amparan el saldo insoluto de la obligación a fecha del presunto siniestro, conforme al numeral 3.6.3.7 de la parte II de la Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

I. NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO (Q.E.P.D).

Es fundamental que desde ahora el señor juez tome en consideración que el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su

aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

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

> *"Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica**, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**"*[1]. (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 Asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que **(i)** la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y **(ii)** que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

> *"Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.*
>
> *Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*
>
> ***En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro***." (Subrayado fuera del texto original)

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

[1] BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

> *"En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*
>
> *Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora".* (Subrayado fuera del texto original)

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

> "*Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las "declaraciones de asegurabilidad" de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***
>
> *Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio*."[2] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

> *"Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio*."[3] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

---

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

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

> ***obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***
>
> *Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*
>
> *En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.*
>
> *Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la "ubérrima buena fe" que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.*[4]" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.

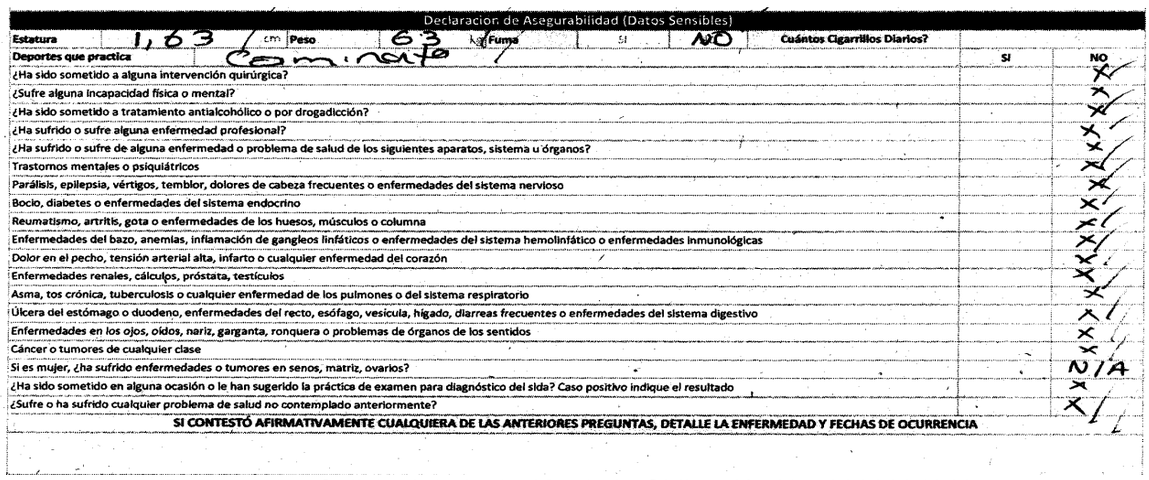
4 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

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

Ahora bien, de cara a los contratos de seguro vida grupo deudor celebrados con ocasión de las citadas obligaciones, es fundamental que desde ahora el honorable despacho tome en consideración que el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar sus inclusiones en la póliza -10 de noviembre de 2015-, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo en cada una de ellas, 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 las inclusiones en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar las mismas, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

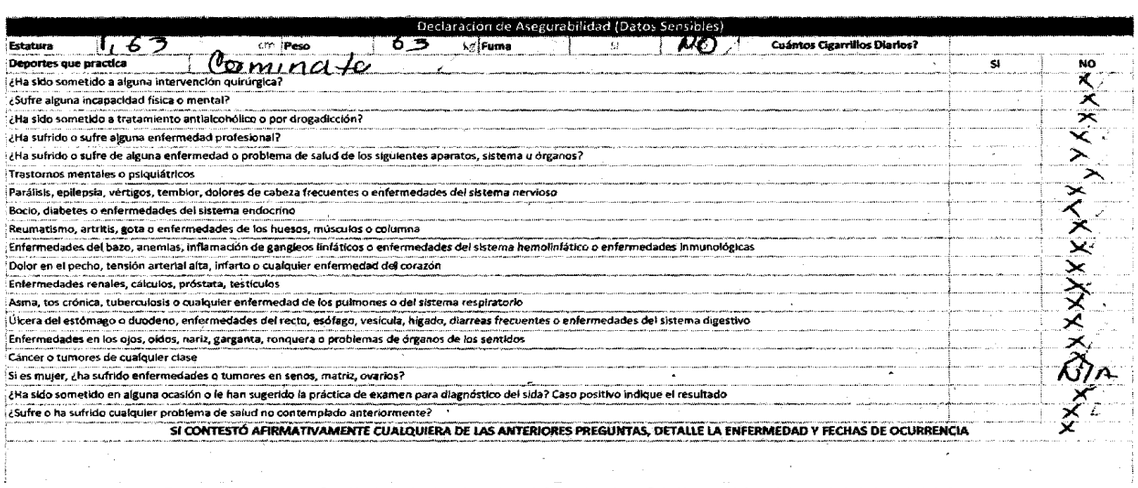
Es decir, a pesar de que el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad a la suscripción de las solicitudes de inclusión de los contratos respectivos -10 de noviembre de 2015-, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* a la Compañía Aseguradora. Lo que precede se constata en las dos Solicitudes de Inclusión a la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores por las obligaciones 9606684013 y 9606744627, específicamente en los cuestionarios de asegurabilidad que están en su cuerpo, cuyos apartes pertinentes plasmo a continuación:



Declaracion de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	1,63	cm	Peso	63	kg	Fuma	SI	NO	Cuántos Cigarrillos Diarios?
Deportes que practica	Caminato								
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?								SI	NO X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?									X
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?									X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?									X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistema u órganos?									X
Trastornos mentales o psiquiátricos									X
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores 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, anemias, inflamación de gangleos linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas									X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón									X
Enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos									X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio									X
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									X
Cáncer o tumores de cualquier clase									X
Si es mujer, ¿ha sufrido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?									N/A
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado									X
¿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									

Documento: Solicitud de Inclusión de la Obligación No. 9606684013, relacionada como prueba documental 1.6.



Declaracion de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	1,63	cm	Peso	63	kg	Fuma	SI	NO	Cuántos Cigarrillos Diarios?
Deportes que practica	Caminato								
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?								SI	NO X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?									X
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?									X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?									X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistema u órganos?									X
Trastornos mentales o psiquiátricos									X
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores 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, anemias, inflamación de gangleos linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas									X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón									X
Enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos									X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio									X
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									X
Cáncer o tumores de cualquier clase									X
Si es mujer, ¿ha sufrido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?									N/A
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado									X
¿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									

Documento: Solicitud de Inclusión de la Obligación No. 9606744627, relacionada como prueba documental 1.7.

Como se observa de lo anterior, el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad de los contratos de seguro respectivos. En este sentido, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades previas al perfeccionamiento de sus seguros, situación que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos -10 de noviembre de 2015-, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas para los aseguramientos.

Las enfermedades que eran padecidas y conocidas por el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) con anterioridad a sus inclusiones en los contratos de seguro -10 de noviembre de 2015- fueron las siguientes:

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)**
- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

En efecto, no se entiende por qué el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) no informó a mi representada de las patologías previamente descritas, siendo que por su envergadura, las personas no las olvidan con facilidad y, en tal virtud, es incuestionable que debió informarlo a la Aseguradora antes del perfeccionamiento de los contratos de seguro.

De esta manera, es de suma importancia tener en cuenta que, según las reglas de la experiencia, las Compañías de Seguros se abstienen de asegurar, o por lo menos, lo hacen en condiciones más onerosas, cuando se está ante potenciales asegurados con antecedentes como lo descritos. En consecuencia, en el caso concreto la voluntad de mi representada se vio viciada en su consentimiento, debido a que creyó estar asegurando una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente aseguró a una que ya padecía de sendas patologías.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** El señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) padecía de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* con anterioridad a la fecha de suscripción de la solicitudes de inclusión y declaración de asegurabilidad de los contratos de seguro respectivos -10 de noviembre de 2015- **(ii)** que dada la gravedad del evento y el riesgo de las patologías, es completamente claro que estas tienen tal envergadura, que cumplen a cabalidad los requisitos del artículo 1058 del C.Co para declarar la nulidad de los aseguramientos.

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

Ahora bien, también deberá tener en cuenta el despacho que, en las solicitudes de inclusión, se realizaron algunas preguntas con el propósito de constatar el estado de salud real del futuro asegurado. En estas se interrogó al señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) por las patologías que padecía previo a la suscripción de las solicitudes de inclusión en los contratos respectivos. Transcribo algunos de los interrogantes formulados, que son pertinentes para evidenciar la reticencia del caso que nos ocupa.

> *"(…)*
> *¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES, APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?*
> *(…)*
> *DOLOR EN EL PECHO, **TENSIÓN ARTERIAL ALTA,** INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN*
> ***ENFERMEDADES RENALES**, CÁLCULOS, PRÓSTATA O TESTÍCULOS*
> *(…)*
> ***¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?**" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De las mentadas preguntas, se concluye fácilmente que **(i)** a pesar de que el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) padecía de "*Hipertensión arterial (HTA"* con anterioridad a la fecha de suscripción de las solicitudes de inclusión y declaración de asegurabilidad de los contratos de seguro respectivos, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le interrogaba específicamente por esta en los cuestionarios de asegurabilidad; **(ii)** a pesar de que el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) padecía de "*Insuficiencia renal crónica"* con anterioridad a la fecha de suscripción de la solicitudes de inclusión y declaración de asegurabilidad de los contratos de seguro respectivos, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que le interrogaban específicamente por esta en los cuestionarios de asegurabilidad; **(iii)** que aunque que padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En resumen, el señor RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente debido a que no declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de su inclusión en los contratos de seguro, esto es, no informó a mi procurada sus antecedentes de "*Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica"* en el cuestionario que le fue propuesto en cada una de las solicitudes de inclusión. Si mi procurada hubiere conocido tales patologías que el asegurado (Q.E.P.D) padecía, evidentemente se hubiere retraído de otorgar los amparos, o por lo menos, hubiere pactado condiciones mucho más onerosas en cada uno de ellos. Por consiguiente, al tener tales enfermedades la relevancia para que mi procurada no hubiere otorgado el amparo o, por lo menos, para que lo hubiere realizado en condiciones más onerosas, el hecho de no haber sido informadas por el asegurado (Q.E.P.D) nos ubica en la hipótesis de reticencia del artículo 1058 del Código de Comercio, razón por la cual, los contratos de seguro de marras deberán ser declarados nulos.

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

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

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

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

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

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

> *"Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario,* ***deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio*** *que en su tenor literal dispone: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones*

a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, ***obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.*** *Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico[5].*

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales6. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer7". (Subrayado fuera del texto original)

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

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. ***En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo,*** *por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)[8]*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[9], en donde estableció lo siguiente:

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

---

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

[6] Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

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

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

[9] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

> *No puede, entonces, **endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo»** al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*
>
> *Esto por cuanto, se reitera, **el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable»** o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.*
>
> *(…)*
>
> *Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo."* (Subrayado fuera del texto original)

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

> *"Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar**, **pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe**…"*[10] (subrayado fuera del texto original).

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

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

[10] LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

> *decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.* ***Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.*** (Subrayado fuera del texto original)

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

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

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

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

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

> *"****4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (…)*** *4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro". (negrilla y subrayas fuera del texto)".*[11]

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[12], expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

> *"Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud»,* ***ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el***

[11] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.
[12] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

> ***«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 ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.* ***Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio****”.* (Subrayado fuera del texto original)

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

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

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que la honorable juez tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada,

establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

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

En conclusión, dado que el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguros omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de otorgar un amparo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

V. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el artículo 1081 del Estatuto Comercial establece que las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en el término de dos años. Dicho precepto establece lo siguiente:

> *"**ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.** La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La prescripción ordinaria **será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción**.*
>
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*
>
> *Estos términos no pueden ser modificados por las partes."* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el caso concreto, de acreditarse en el transcurso del proceso que el extremo actor interpuso su demanda en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que dio base a la acción (muerte del asegurado Q.E.P.D), no existiría duda alguna que habría operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co, razón por la cual solicito al despacho declarar probada esta excepción.

VI. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co), compensación y nulidad relativa de carácter sustancial.

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

VI. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el honorable juez considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es

indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

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

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

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

VII. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

1.1. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.

1.2. Derecho de petición dirigido a La Nueva EPS y su constancia de envío.

1.3. Objeción a reclamación de fecha 14 de enero de 2019.

1.4. Certificación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A del amparo que tuvo la obligación **0013-0158-00-9606684013.**

1.5. Certificación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A del amparo que tuvo la obligación **0013-0158-00-9606744627.**

1.6. Solicitud/Certificado Individual Seguro Vida Grupo Deudores de 10 de noviembre de 2015, para la obligación **9606684013**.

1.7. Solicitud/Certificado Individual Seguro Vida Grupo Deudores de 10 de noviembre de 2015, para la obligación **9606744627.**

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

2. INTERROGATORIO DE PARTE

2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a **MARÍA STELLA OLARTE VEGA**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 63.335.820, en su calidad de Accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La señora OLARTE VEGA podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a **JEANETTE RANGEL RÍOS**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 37.745.166, en su calidad de Accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La señora RANGEL RIOS podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. TESTIMONIALES

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

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud: cómo habría procedido mi procurada en relación con las solicitudes de inclusión en la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías clínicas padecidas por el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) y la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el Asegurado (Q.E.P.D), de cara a los contratos de seguro comentados en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la carrera 15 No. 95 – 65 piso 6 en la ciudad de Bogotá y al correo electrónico ccarrascal16@gmail.com

4.2. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **ALEXANDER SAAVEDRA VASQUEZ**, Gerente Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la carrera 15 No. 95 – 65 piso 6 en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico notificaciones@gha.com.co

4.3. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **CAMILO ANDRÉS MENDOZA GAITAN**, asesor jurídico externo, para que teniendo en cuenta su experiencia evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D), sobre los hechos que fundamentan las excepciones propuestas, las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada en relación con las solicitudes de inclusión en la póliza que atañe a este caso de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D), para conocer acerca de cómo opera el condicionado general y particular de la mencionada póliza, así como también sus exclusiones y particularidades aplicables para cada caso.

El testigo podrá ser contactado a través del correo electrónico notificaciones@gha.com.co

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

5.1. El Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como *"un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran*

cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.". Por consiguiente, comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP se sirva ordenar **A LA PARTE ACCIONANTE, integrada por MARÍA STELLA OLARTE VEGA y JEANETTE RANGEL RÍOS,** exhibir copia íntegra de la Historia Clínica del señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el mes de octubre de 2018, en la Audiencia respectiva.

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

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **LA NUEVA EPS** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el mes de octubre de 2018, en la Audiencia respectiva. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el asegurado (Q.E.P.D) en el 28 de julio de 2012.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir sus certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

La **NUEVA EPS** puede ser notificada en la Carrera 85K No. 46A-66 en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico secretaria.general@**nuevaeps**.com.co

6. OFICIOS

6.1. Respetuosamente solicito al Despacho se oficie a **LA NUEVA EPS** para que con destino a este proceso remita copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía No. 2.139.582, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el mes de octubre de 2018, en la Audiencia respectiva.

La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el asegurado (Q.E.P.D) en el 28 de julio de 2012.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar, en primer lugar que el asegurado (Q.E.P.D) padecía de sendas enfermedades con anterioridad al momento de suscribir los certificados individuales de seguro. Lo anterior para demostrar la reticencia con que el mismo declaró su estado de asegurabilidad.

La **NUEVA EPS** puede ser notificada en la Carrera 85K No. 46A-66 en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico secretaria.general@**nuevaeps**.com.co

VIII. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder a mi conferido radicado por correo electrónico.
3. Certificado de existencia y representación legal emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

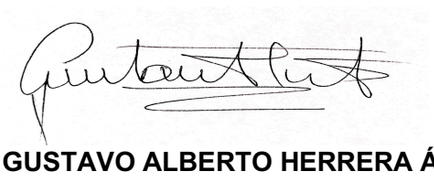
IX. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A No. 94A-56, Oficina 402 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá.

- El Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



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

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" quedara 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 inculpable 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.

BBVA Seguros

CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

a. Por falta de pago de prima.
b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

   Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite "LA COMPAÑÍA", con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA– INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de "LA COMPAÑÍA", el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por "LA COMPAÑÍA".
c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el litoral b.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA– CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

"LA COMPAÑÍA" o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a "LA COMPAÑÍA".

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o

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 COMPAÑÍA" 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 COMPAÑÍA" 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 COMPAÑÍA". Vencido este plazo, "LA COMPAÑÍA" 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 COMPAÑÍA" las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPAÑÍA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPAÑÍA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. 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.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN

"LA COMPAÑÍA" 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 parte de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMO 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 VIGÉSIMO 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 VIGÉSIMO 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

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

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:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, quedare incapacitado en forma total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para esté anexo y que consta en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares.

Para efectos de este beneficio, incluyendo los regímenes 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 periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de la capacidad 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 50% y no haya sido provocada a sí 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

1.2 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 120 días calendario contados desde la fecha en que el asegurado sufra lesiones corporales, éstas dan lugar a

una desmembración o inutilización en los términos que a continuación se señalan:

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 él.
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

2. CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

BBVA Seguros

ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

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

AMPARA 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 adeudas 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.

Señores:
LA NUEVA EPS
E. S. D.

JUZGADO:	SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
REFERENCIA:	PROCESO VERBAL SUMARIO
DEMANDANTE:	MARÍA STELLA OLARTE VEGA
DEMANDADOS:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A
RADICADO:	**2020-00450-00**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**. tal como se encuentra en el poder que reposa en el expediente; sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

A. PETICIÓN

1. Copia íntegra de la Historia Clínica del señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía No. 2.139.582, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el mes de octubre de 2018.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

B. FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

   - El artículo 23 de la Constitución Política de 1991,
   - Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y
   - Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

2. En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de demanda ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código General del Proceso de esta manera:

   "Artículo 96. Contestación de la Demanda. La contestación de la demanda contendrá:
   (…)
   4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente."

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en procesos judiciales el

de "*abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir*". Es con base en los anteriores mandatos legales que se explica y fundamenta la presente solicitud de los documentos originales arriba aludidos.

De otra parte, en cuanto a los términos con que cuenta el Accionante para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

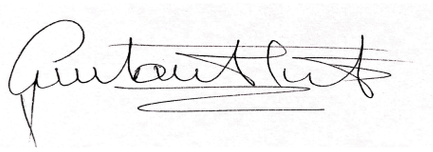
> "*Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.*
> *(…)*
> *1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes*."

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se fórmula, debe ser remitido al suscrito y al Juzgado Sexto Civil Municipal de Bucaramanga, en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados; solicitud que se presenta en consideración de todos los fundamentos jurídicos que se vienen de mencionar.

C. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,



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

GHA ABOGADOS & ASOCIADOS

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

DERECHO DE PETICIÓN: PROCESO VERBAL SUMARIO 2020-00450-00

GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co> 25 de enero de 2021, 13:51
Para: secretaria.general@nuevaeps.com.co
Cc: GHA Manuel Fernando Rodriguez Soto <mrodriguez@gha.com.co>

Señores:
LA NUEVA EPS
E. S. D.

JUZGADO:	SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
REFERENCIA:	PROCESO VERBAL SUMARIO
DEMANDANTE:	MARÍA STELLA OLARTE VEGA
DEMANDADOS:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A
RADICADO:	**2020-00450-00**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**. tal como se encuentra en el poder que reposa en el expediente; sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

A. PETICIÓN

1. Copia íntegra de la Historia Clínica del señor ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía No. 2.139.582, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el mes de octubre de 2018.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

B. FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991,
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y
- Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

2. En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de demanda

ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código General del Proceso de esta manera:

> *"Artículo 96. Contestación de la Demanda. La contestación de la demanda contendrá:*
> *(…)*
> *4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente*."

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en procesos judiciales el de "*abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir"*. Es con base en los anteriores mandatos legales que se explica y fundamenta la presente solicitud de los documentos originales arriba aludidos.

De otra parte, en cuanto a los términos con que cuenta el Accionante para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

> "*Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.*
> *(…)*
> *1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes*."

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se fórmula, debe ser remitido al suscrito y al Juzgado Sexto Civil Municipal de Bucaramanga, en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados; solicitud que se presenta en consideración de todos los fundamentos jurídicos que se vienen de mencionar.

C. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá

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

DERECHO DE PETICIÓN LANUEVA EPS .pdf
345K

BBVA Seguros

Bogotá, 14 de enero de 2019

Señora
María Estella Olarte
Chanet79@hotmail.com

REFERENCIA.	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	ASEGURADO	ESTEBAN RANGEL CELIS CC 2139582
	PÓLIZA	VGD 0110043
	RECLAMO	VGDB-10242 / VGDB-10241
	OBLIGACIÓN	00130158009606684013 / 00130158009606744627

Respetado(a) Señor(a):

En atención a su comunicación radicada en anteriores, le informamos que después de realizar un nuevo análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de vida, nos permitimos referirnos a las pretensiones consignadas en su solicitud y que son del resorte de esta Compañía Aseguradora:

Presentada la reclamación por el BBVA, se procedió a la revisión de la documentación aportada y al trámite correspondiente de la solicitud.

De acuerdo con la Historia Clínica emitida por la Nueva EPS, encontramos que el señor Esteban Rangel (Q.E.P.D) tenía antecedentes de Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia renal crónica de acuerdo con registro medico de fecha 28 de julio de 2012. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, mediante comunicación dirigida el pasado 03 de diciembre de 2018.

Ahora bien, la aseguradora no exigió la realización de exámenes médicos del asegurado en asunto, ni solicitó historia clínica para acceder al seguro que respaldaba la obligación en referencia, debido a que la aseguradora no está obligada a ello. Sin embargo, la aseguradora sí le propuso diligenciar una declaración de asegurabilidad a objeto de verificar el estado de salud; dependiendo de esta información, la aseguradora tenía la potestad de practicar exámenes médicos a fin de conocer la realidad sobre el estado físico y así tomar una de tres decisiones: aceptar el riesgo en condiciones normales, imponer condiciones de primas más onerosas o, rechazar el seguro propuesto. Como en la declaración de asegurabilidad no se declaró ningún antecedente médico relevante, ni se consignó ninguna patología importante en curso, la aseguradora decidió aceptar el seguro en condiciones normales, vale decir se expidió la póliza como un riesgo normal, bajo el principio de la buena fe.

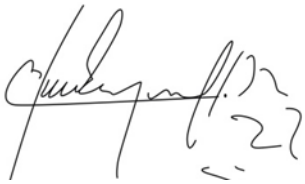
En efecto, la Aseguradora, en virtud del principio *ubérrima fides,* o máxima buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el señor Rangel (Q.E.P´.D) haya obrado de mala fe o haya faltado a la verdad cuando diligenció el cuestionario, sino que confió en que las respuestas consignadas en el mismo eran del todo ciertas. Si posteriormente se determinó que el asegurado, conociendo un hecho importante relativo a su salud no lo declaró, se configuró la reticencia que da lugar a la objeción del pago del seguro.

Es importante recordarle que la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o padecimientos causantes de la reclamación tengan alguna relación con las enfermedades padecidas y no declaradas por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hecho que no fue atendido correctamente al obviar mencionar la enfermedad citada anteriormente; enfermedad que por su connotación y validación en la historia clínica, tenían que ser de conocimiento de la asegurada y por ende informado a la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

Basado en lo anterior y teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud individual para los seguros de Vida, el señor Esteban Rangel (Q.E.P.D) fue reticente y omitió declarar las patologías arriba mencionadas, estando obligado a hacerlo en virtud de la precitada normatividad, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se permite ratificar la objeción planteada con anterioridad, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Con lo anterior damos respuesta a su petición.

Cordial saludo,



Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

C E R T I F I C A :

Que: El Señor **ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D)**, quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. **2.139.582**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9606684013** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 220 0000005179**, certificado No. **0013-0158-66-4002913515,** con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	$21.500.000.00
Incapacidad total y permanente	$21.500.000.00

La póliza fue formalizada con fecha 24/11/2015 y revocada el día 22/06/2019. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los veinticinco (25) días del mes de febrero del año dos mil veintiuno (2021).

Cordialmente,

Rafael Enrique Cabrera Guzmán
Gerencia Canales y Servicio
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Elaborado por: JEA.

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 8080 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."

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

C E R T I F I C A :

Que: El Señor **ESTEBAN RANGEL CELIS (Q.E.P.D)**, quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. **2.139.582**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9606744627** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 220 0000005206**, certificado No. **0013-0158-68-4002922144,** con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	$23.000.000.00
Incapacidad total y permanente	$23.000.000.00

La póliza fue formalizada con fecha 25/11/2015 y revocada por mora el día 04/06/2019. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los veinticinco (25) días del mes de febrero del año dos mil veintiuno (2021).

Cordialmente,

Rafael Enrique Cabrera Guzmán
Gerencia Canales y Servicio
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Elaborado por: JEA.

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 8080 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."

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No.

BBVA Seguros

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

Fecha de Contabilización del Crédito				
Día	**Mes**	**Año**	**Oficina**	**Ciudad**

Tomador / Beneficiario	NIT
BBVA COLOMBIA S.A	860.003.020-1

Vigencia Desde			Vigencia Hasta
Día	**Mes**	**Año**	Fin del Crédito a las 24 Horas

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos			Identificación		Edad
Esteban Rangel Celis			2.139.582		80
Dirección	Calle 16 y No 28-40		**Teléfono**	6946391	**Ciudad** Barrigón
Fecha de Nacimiento	**Día** 03	**Mes** 08	**Año** 35	**Sexo** M / F	**Ocupación / Profesión** pensionado

DATOS DEL SEGURO

Tasa	Extraprima	Anexos ITP / ITT		Obligación No				Valor de la obligación (Valor Asegurado)	
%		SI	NO						
Prima Anual		**Periodicidad**		A	S	T	M	**Valor Prima**	$

Beneficiario en exceso del seguro (Unicamente para créditos de Libranza)

Nombres y Apellidos	Parentesco	% Participación

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	1,63 cm	Peso	63 kg	Fuma	SI	NO	Cuántos Cigarrillos Diarios?
Deportes que practica	Caminata						

	SI	NO
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?		X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?		X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistema u órganos?		X
Trastornos mentales o psiquiátricos		X
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores 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, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas		X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón		X
Enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos		X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio		X
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		X
Cáncer o tumores de cualquier clase		X
Si es mujer, ¿ha sufrido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?		N/A
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado		X
¿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

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.
En créditos de libranza, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.
Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.
En desarrollo del artículo 34 ley 23de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier 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 epicrisis 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 este llegare a celebrarse.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercadeo, atención al cliente y demás establecidas e nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en www.bbvaseguros.com. El cliente imparte de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A, cómo responsables del tratamiento a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e Internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticas, de control, supervisión, muestreos, mercadeo y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, consultar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, tratar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, emplear, utilizar, eliminar, ofrecer, suministrar, grabar, conservar y divulgar a responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores centrales, o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, legales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de las Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/u operaciones que llegue a celebrar con el responsable del tratamiento o que llegaren a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas y /o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre protección o tratamiento de datos personales y las políticas internas del BBVA, b) trasnferir o transmitir, nacional o internacionalmente y suministrar toda la información para los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos del responsable, los encargados y demás sujetos citados. Igualmente se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entré otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentran en nuestra página web.

ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPLEO Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL

ADICIONAL AL PAGO DEL 100% DE LAS CUOTAS DEL PRÉSTAMO ADEUDADO (HASTA 6 CUOTAS) SE PRESENTARÁN LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO QUE CONSISTE EN * TENDENCIAS LABORALES, FORMACIÓN Y DESARROLLO. ASESORÍA LABORAL, ELABORACIÓN DEL CURRICULUM VITAE, REFERENCIACIÓN DE BOLSA DE EMPLEO, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

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. ARTÍCULO 1068 CÓDIGO DE COMERCIO.
FAVOR VERIFICAR LAS CONDICIONES Y ASEGURARSE DE DILIGENCIAR COMPLETAMENTE EL PRESENTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMAR.

Para constancia se firma en Barrigón a los 10 días del mes de noviembre de 2015

ASEGURADO

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

D: Consumi

M026300110236201589606684013

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236201589606744627

BBVA **SOLICITUD / CERTIFICAD SEGURO VIDA GRUPO DEUC** **VA Seguros**

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente. Desmembración o inutilización e Incapacidad Total Temp... Desempleo

Fecha de Contabilización del Crédito				
Día	Mes	Año	Oficina	Ciudad

Tomador / Beneficiario	NIT
BBVA COLOMBIA S.A	860.003.020-1

Vigencia Desde			Vigencia Hasta
Día	Mes	Año	Fin del Crédito a las 24 Horas

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos	Esteban Rangel Celis	Identificación	2139.582			Edad	80 años
Dirección	Calle No 28-40	Teléfono	6944891	Ciudad		Bl/manga	
Fecha de Nacimiento	Día 03 Mes 08 Año 35	Sexo	M X F	Ocupación / Profesión		pensionado	

DATOS DEL SEGURO

Tasa	Extraprima	Anexos ITP / ITT		Obligación No		Valor de la obligación (Valor Asegurado)	
%		SI	NO				
Prima Anual		Periodicidad		A	S	T	M	Valor Prima	$

Beneficiario en exceso del seguro (Unicamente para créditos de Libranza)

Nombres y Apellidos	Parentesco	% Participación

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	1,63 cm	Peso	63 kg	Fuma	SI	NO X	Cuántos Cigarrillos Diarios?	
Deportes que practica	Caminata							

	SI	NO
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?		X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?		X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistema u órganos?		X
Trastornos mentales o psiquiátricos		X
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores 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, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas		X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón		X
Enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos		X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio		X
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		X
Cáncer o tumores de cualquier clase		X
Si es mujer, ¿ha sufrido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?		N/A
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado		X
¿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

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.
En créditos de libranza, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.
Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.
En desarrollo del artículo 34 ley 23de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier 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 epicrisis o historias clínicas aun con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si este llegare a celebrarse.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercadeo, atención al cliente y demás establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en www.bbvaseguros.com. El cliente imparte de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A, *como responsables* del tratamiento a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes *finalidades. El cumplimiento de* obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticas, de control, supervisión, *muestreos, mercadeo* y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, consultar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, tratar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, emplear, utilizar, eliminar, ofrecer, suministrar, grabar, conservar y divulgar a *responsables* o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores centrales, o bases de información y/o cualquier otra *entidad nacional* o *extranjera que tenga* los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, legales, contractuales, que permitan el *desarrollo* del objeto social de las Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/o operaciones que llegue a celebrar con el responsable del tratamiento o que llegaren a *conocer*, siempre que a tales compañías, contratistas y/o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre protección o tratamiento de datos personales y las políticas internas del BBVA, b) transferir o transmitir, *nacional o internacionalmente* y *suministrar* toda la información para los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos *del responsable*, los *encargados* y demás sujetos citados. Igualmente se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentran en nuestra página web.

ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPLEO Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL

ADICIONAL AL PAGO DEL 100% DE LAS CUOTAS DEL PRÉSTAMO ADEUDADO (HASTA 6 CUOTAS) SE PRESENTARÁN LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO QUE CONSISTE EN * TENDENCIAS LABORALES, FORMACIÓN Y DESARROLLO, ASESORÍA LABORAL, ELABORACIÓN DEL CURRICULUM VITAE, REFERENCIACIÓN DE BOLSA DE EMPLEO, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

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. ARTÍCULO 1068 CÓDIGO DE COMERCIO.
FAVOR VERIFICAR LAS CONDICIONES Y ASEGURARSE DE DILIGENCIAR COMPLETAMENTE EL PRESENTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMAR.

Para constancia se firma en Bloq a los 10 días del mes de Noviembre de 2015

ASEGURADO

Dirección para notificaciones BBVA Seguros de Vida S.A Cra 15 No 95 65, Piso 5, Teléfono 2191100
Líneas de atención y servicio al Cliente Línea Nacional 01800093402 y en Bogotá 4232224
Consumidor Financiero Cra 9 No 72 21, Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385. e-mail: defensorabbvaseguroscolombia@bbva.com.co

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

ORIGINAL CLIENTE - COPIA 1 BANCO, COPIA 2 ASEGURADORA

Señor
JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
E. S. D.

DEMANDANTE MARIA STELLA OLARTE CONTRA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
RADICADO: 2020-00450-00

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.139.838 de Bogotá, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**., respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar por medio del presente escrito, que otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía número **19.395.114** y Tarjeta Profesional Número **39.116** del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**. dentro del proceso referido, que cursa en ese Juzgado.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse del presente proceso, así como de todas las providencias que se dicten en desarrollo del mismo, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la Aseguradora.

Cordialmente,

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR
Representante Legal Judicial
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C: 19.395.114
T.P: 39.116
notificaciones@gha.com.co

GHA ABOGADOS & ASOCIADOS

GHA Manuel Fernando Rodriguez Soto <mrodriguez@gha.com.co>

Fwd: PODER PROCESO MARIA STELLA OLARTE

GHA Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co> 26 de enero de 2021, 15:57
Para: GHA Manuel Fernando Rodriguez Soto <mrodriguez@gha.com.co>

Manu:

Te envío el poder.

---------- Forwarded message ---------
De: **NOTIFICACIONES JUDICIALES** <defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co>
Date: mar, 26 ene 2021 a las 15:49
Subject: PODER PROCESO MARIA STELLA OLARTE
To: GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>, H & A Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>, <j06cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señor

JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

E. S. D.

DEMANDANTE MARIA STELLA OLARTE CONTRA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICADO: 2020-00450-00

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.139.838 de Bogotá, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**., respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar por medio del presente escrito, que otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía número **19.395.114** y Tarjeta Profesional Número **39.116** del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**. dentro del proceso referido, que cursa en ese Juzgado.

Remito poder y certificado de existencia en archivos adjuntos.

Cordialmente,

--

GHA
ABOGADOS & ASOCIADOS

SANTIAGO ROJAS
Coordinador Bogotá
311 282 5010
srojas@gha.com.co
Bogotá, Colombia
+57 743 65 92

Aviso de Confidencialidad:

La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice:

The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments.

2 adjuntos

GUIA PODER GUSTAVO HERRERA (1).pdf
112K

Certificado Superfinanciera Vida Dic 2020 (1).pdf
31K

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 83412727161280l9

Generado el 07 de diciembre de 2020 a las 08:40:56

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., PUDIENDO UTILIZAR INDISTINTAMENTE, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, EL NOMBRE BBVA SEGUROS DE VIDA

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 1317 del 31 de agosto de 1994 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPAÑÍA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. "GANAVIDA"

Escritura Pública No 00900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por GANADERA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales LA GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

Escritura Pública No 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de Riesgos Profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Escritura Pública No 319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

Escritura Pública No 02059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría null de SIN DESCRIPCION. La sociedad es de nacionalidad Colombiana y tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, y en ella tendrá la sede de su administración social, pudiendo crear sucursales o agencias en otros lugares del país o en el exterior, previa autorización de su Junta Directiva.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2386 del 04 de noviembre de 1994

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente y dos (2) suplentes quienes lo reemplazarán en las faltas absolutas, temporales y accidentales. El Presidente y sus suplentes serán elegidos por la Junta Directiva y podrán ser removidos en cualquier momento. El Presidente será el Representante Legal de la Compañía y tendrá a su cargo la dirección, la gestión y la administración de los negocios sociales con sujeción a la Ley y a estos estatutos. Así mismo, tendrán la representación legal de la Entidad los Directores de la Compañía y el Secretario General, si así expresamente lo dispone la Junta Directiva. Adicionalmente, la

CERTIFICADO VALIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 83412727161280l9

Generado el 07 de diciembre de 2020 a las 08:40:56

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

Sociedad contará con representantes legales judiciales designados por la Junta Directiva, que representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado. FUNCIONES DEL PRESIDENTE. El Presidente de la Sociedad tendrá las siguientes funciones. 1. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. 2. Ejercer la representación legal de la Sociedad en todos los actos y negocios sociales. 3. Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. 4. Celebrar libremente los contratos y suscribir los títulos y documentos que se requieran para el desarrollo de la Sociedad de conformidad con lo previsto en la ley y en los Presentes Estatutos. 5. Velar por el adecuado manejo y utilización de los recursos y bienes de la Sociedad. 6. Nombrar y remover al personal necesario para desempeño de los cargos de acuerdo a las directrices imparta la Junta Directiva (sic). 7. Dirigir y coordinar el funcionamiento de la Compañía. 8. Mantener a la Junta Directiva permanentemente informada sobre la marcha de los negocios y suministrar los informes que le sean solicitados. 9. Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 10. Presentar a la Junta Directiva balances de prueba. 11. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de presupuesto anual de ingresos y egresos. 12. Presentar previamente a la Junta Directiva el Balance destinado a la Asamblea General, Junto con el Estado de Resultados y el proyecto de Distribuciones de Utilidades y demás anexos explicativos. 13. Rendir cuenta Justificada de su gestión al final de cada ejercicio Social. 14. Firmar los balances de la Sociedad y demás documentos contables con destino a la Superintendencia Financiera. 15. Delegar en sus subalternos las facultades que considere convenientes para el cumplimiento de los fines sociales, para los cual requerirá previo concepto favorable de la Junta Directiva. 16. La demás funciones que le correspondan como órgano directivo de la Sociedad por disposición legal, estatuaria (sic) o por designio de la Junta Directiva para el normal desarrollo social. (Escritura Pública 02059 del 10 de mayo de 2013 Notaria 32 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Milton David Micán Beltrán Fecha de inicio del cargo: 05/03/2015	CC - 79323621	Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014	CC - 93086122	Primer Suplente del Presidente
Sergio Sánchez Angarita Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 79573466	Segundo Suplente del Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013	CC - 93086122	Secretario General
Alexandra Elias Salazar Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 53139838	Representante Legal Judicial
Manuel José Castrillón Pinzón Fecha de inicio del cargo: 25/07/2019	CC - 1061733649	Representante Legal Judicial
María Camila Araque Pérez Fecha de inicio del cargo: 23/08/2018	CC - 52992863	Representante Legal Judicial
Carlos Mario Garavito Colmenares Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019	CC - 80090447	Representante Legal Judicial
Maria Carolina Vanegas Pineda Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 52416119	Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RAMOS: Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud

Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Certificado Generado con el Pin No: 83412727161280l9

Generado el 07 de diciembre de 2020 a las 08:40:56

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

Resolución S.B. No 456 del 10 de marzo de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 44 del 20 de enero de 1997 pensiones de jubilación. Circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias.

Resolución S.F.C. No 0557 del 25 de abril de 2007 ramo de exequias

Resolución S.F.C. No 1422 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para operar el ramo de Seguro de Salud, confirmada la decisión con resolución 0661 del 07 de mayo de 2012

Resolución S.F.C. No 1986 del 04 de noviembre de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de vida Colombia S.A. para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.

Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.

MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA