



JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO
POPAYAN – CAUCA
CODIGO: 190013103006

Proceso: INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO
Demandante: JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO
Demandado: BBVA SEGUROS DE VIDA
Radicación: 19001310300620190010900

JUNIO TREINTA DE DOS MIL VEINTIUNO

Procede el Despacho agotadas las audiencias previstas en los artículos 372 y 373 a dictar fallo de fondo en el presente proceso verbal formulado por el señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO identificado con cedula de ciudadanía No. 10.528.033 contra LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no observando causal de nulidad que pueda invalidar lo actuado.

El apoderado de la parte demandante interpuso la presente demanda bajo los siguientes:

PRETENSIONES:

1.-Solicita que se declare que la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., incumplió el contrato de seguro de vida grupo deudores contenido en la POLIZA 0110043 adquirido por la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA identificada con cedula de ciudadanía No. 25.308.917 que amparada el riesgo de muerte para garantizar el cumplimiento de las obligaciones número 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridas con el Banco Vizcaya Argentina BBVA Colombia.

2.-Solicita que se ordene a COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el valor de seguro que amparaba la vida de la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ por el crédito contenido en las obligaciones número 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridos con el Banco Bilbao Vizcaya Argentina Colombia BBVA S.A.

3.-Solicita que como consecuencia de la anterior declaración se ordene pagar al tomador del Seguro de Vida grupo deudores BBVA COLOMBIA S.A. o al Señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO identificado con cedula de ciudadanía No. 10.528.033 el saldo de las obligaciones No. 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 que registre en la fecha de causarse la última cuota de amortización anterior a la muerte de la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ.

4.-Solicita que se le reconozcan los perjuicios materiales por concepto de daño emergente por la suma NOVENTA MILLONES DE PESOS, correspondientes al valor pagado por el Señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO por las obligaciones adquiridos por la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ con el Banco Bilbao Vizcaya Argentina Colombia BBVA S.A. y que se encontraban amparados con el seguro de vida grupo deudores de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el cual no fue pagado a pesar de la ocurrencia del siniestro.

5.-Solicita que le reconozcan los perjuicios morales la suma de CIEN SALARIOS MINIMOS para el Señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO por el profundo trauma psíquico que produce el incumplimiento del contrato de seguro de vida grupo deudores póliza No. 0110043, en el cual amparaba la vida.

6.-Los valores aquí descritos, los cuales se declaran bajo JURAMENTO ESTIMATORIO, de acuerdo a lo ordenado por el Artículo 206 del Código General del Proceso (LEY 1564 de 2012). la tasación razonable es como se encuentra anteriormente descrita.

7.-Solicito se condene en costas a la parte demandada.

HECHOS:

El Señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, y la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ contrajeron matrimonio celebrado en la iglesia de Jesús Obrero de la Ciudad de Popayán el 18 de febrero de 1984.

La Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ obtuvo créditos y obligaciones bancarias con el BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTINA COLOMBIA S.A. BBVA, Conforme a los pagarés, con números de Obligación 96083724357 / 9610231266 / 9610301093. Suscribió contrato de seguros póliza de seguros de vida grupo de deudores con la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. con quien trabaja el Banco BBVA, contenido en la póliza No. 0110043.

Para adquirir el seguro grupo deudores, debió diligenciar el anexo solicitar certificado individual seguro vida grupo deudores el día 19 de mayo de 2011, en la cual declaro su estado de salud, declarando su estado de asegurabilidad, conforme al cuestionario presentado, sin negar o retener información importante que hubiese modificado las condiciones del seguro de vida.

El día 21 de abril de 2017 la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ hizo una nueva solicitud/ certificado individual seguro vida grupo deudores, en la cual declaro su estado de salud, sin omitir ningún tipo de información importante que hubiese modificado el contrato de seguro de vida grupo deudores. (Es de resaltar que, al momento de firmar dicha solicitud, el

cuestionario se encontraba diligenciado por parte del asesor comercial del Banco BBVA Colombia S.A., sin que ella hubiese respondido tal interrogatorio, actuando de buena fe)

La Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GÓMEZ acude al Banco BBVA Colombia S.A. el día 2 de mayo de 2017 para diligenciar Solicitud / certificado individual seguro vida grupo deudores, en la cual declaro su estado de salud conforme a los antes enunciado, en ningún momento el asesor comercial realizo el cuestionario propuesta y solicito a la Señora ZUÑIGA GOMEZ que firmara la solicitud, sin que se le explicara el alcance y contenido de la declaración, pues solo les interesa que la persona adquiriera la obligación con la entidad financiera.

Aproximadamente en Julio del 2017 ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ presento un dolor en su hombro derecho el cual le fue diagnosticada por un Cáncer avanzado en hombro derecho siendo el tumor primario con metástasis encefálicas y la meninge, en el pulmón. El 20 de septiembre del año del 2017 fallece ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ a las 19 y 31 PM en la clínica Santa Gracia de la ciudad de Popayán, como consecuencia de las complicaciones propias del avanzado Cáncer que padecía.

El Señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO acudió al BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA y solicito mediante petición se hicieran efectivas la póliza de seguro de vida grupo deudores número 0110043 suscrita para garantizar el cumplimiento de las obligaciones bancarias adquiridas en caso de su fallecimiento.

La solicitud fue resuelta mediante oficio de 06 de febrero del año 2018 en el cual BBVA Seguros expresa que una vez analizados los documentos aportados para la reclamación relativa a seguro de vida de ROSA MARIA ZUÑIGA el 20 de Septiembre del año 2017 y de acuerdo con la historia clínica aportada se encuentra que ella tenía antecedentes de taquicardia y arritmia cardiaca, a su decir, hechos relevantes que no fueron declaradas y que por ende motivan la objeción al pago de los respectivos seguros. Concluyen que la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad de los seguros de vida de deudores, omitió declarar dichos hechos relevantes, obligado a hacerlo en virtud del Artículo 1058 del Código de Comercio.

PRUEBAS:

- Se allegaron como pruebas las siguientes:
- Copia de fotocopia de cedula JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO Y ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ
- Copia de la historia clínica de ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ.
- Copia de registro civil de matrimonio de JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO Y ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ.
- Registro civil de defunción de ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ
- Copia de oficio de 06 de febrero de 2018 mediante el cual BBVA SEGUROS niega el reclamo de póliza de deudores por el fallecimiento de ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ

- Copia de solicitud de copia de pagarés otorgados pólizas y anexos del seguro de vida grupo deudores por el fallecimiento de ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ.
- Copia de solicitud de copia de pagarés otorgados y pólizas y anexos del seguro de vida grupo deudores que amparan las obligaciones POLIZA 0110043, reclamo: VGDB No. 7687/ VGDB - 7688 / VDGB - 7689; Obligación 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 con el BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTARIA "BBVA".
- Copia de la historia Clínica de la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ de COSMITET.
- Certificado de existencia y representación BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia vía electrónica.

DICTAMEN PERICIAL

Se allega informe pericial de médico internista, sobre el estado de salud de ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ, al momento del contrato de seguro de vida grupo deudores. Para demostrar la buena fe de la tomadora al momento de solicitar el seguro de vida grupo deudores.

RESUMEN PROCESAL

Presentada la demanda el 21 de junio de 2019, y repartida al Juzgado Segundo Civil Municipal, es rechazada por competencia y por reparto es asignada a este Despacho el 5 de agosto de 2019, avocando conocimiento y admitiendo la demanda el 21 de agosto de 2019.

Se surte el trámite de notificación personal, según certificación a través de la empresa Servicios Postales Nacionales S.A. y se hace entrega de copia de la demanda y sus anexos a la Dra. DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES el 18 de noviembre de 2019.

El 16 de diciembre de 2019, se allega al Despacho contestación de la demanda por parte del Dr. Gustavo Alberto Herrera Ávila, quien reasume poder. Se fija en lista de traslado la contestación de la demanda y las excepciones propuestas, presentadas por la demandada el 18 de diciembre de 2019.

Vencido el término de traslado de las excepciones, mediante auto de 23 de enero de 2020, se señaló fecha para llevar a cabo la audiencia inicial el 25 de febrero de 2020, dentro de la misma se programa el 21 de abril de 2020 como fecha para la realización de la audiencia de instrucción y juzgamiento, en la misma se indica el sentido del fallo, para posteriormente dictar sentencia escrita.

CONTESTACION DE LA DEMANDA Y PROPOSICION DE EXCEPCIONES

Notificada la demandada COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a través de apoderado judicial contesta la demanda y propone excepciones de merito

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA manifestó:

“ Al hecho 1: no me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal.

Al hecho 2. Si bien es cierto que la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) contrajo las obligaciones 9610231266, 9610301093, y 96083722435 con el BANCO BBVA Colombia S.A.

Al hecho 3: no es cierto tal y como esta formulado.

Técnicamente debe aclararse que no hubo una suscripción de unas pólizas de seguro entre la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) y la Compañía Aseguradora, hubo es unos ingresos en calidad de aseguradora, al seguro contratado entre la presentada y el Banco BBVA Colombia S.A. La Señora Zúñiga fue reticente, debido a que, en el momento de solicitar sus inclusiones en la póliza, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, no informo a la Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado.

Para los días 25 de julio de 2016, 21 de Abril y 02 de mayo de año 2017, hechas en las cuales la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) solicito sus aseguramientos, se le formularon tres cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad), en los cuales las preguntas consignadas fueron retractadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido, las respondió negativamente en la totalidad de los cuestionarios, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas omisiones y respuestas negativas constituían una falta a la gravedad. Es de gran importancia precisar cuáles fueron las enfermedades que padeció y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar sus aseguramientos.

En el año 2015 la Señora ZUÑIGA GOMEZ Q.E.P.D. se le diagnostico Taquicardia y Arritmia Cardiaca. En consecuencia, no puede ser más claro que negado la existencia de estas enfermedades. Es completamente claro que estas patologías tienen tal envergadura, que cumplen a cabalidad los requisitos del artículo 1058 de Código del Comercio para declarar la nulidad de los aseguramientos.

Al hecho 4: no es cierto primero las obligaciones que contrajo la Señora Zúñiga Gómez (Q.E.P.D) con el Banco BBVA Colombia S.A se suscriben tres certificados individuales de seguro los 25 de Julio de 2016, 21 de abril y 02 de mayo del año 2017. No se es cierto haya suscrito sus certificados individuales de seguro materia de litigio en el año 2011, como quiera que el primero de ellos fue firmado el 25 de julio del 2016.

Al hecho 5: no es cierto que la Señora Zuñiga Gomez (Q. E. P. D) no haya retenido información a la compañía de seguros por medio de las declaraciones de asegurabilidad.

A lo anterior hay que agregar, que la Señora ZUÑIGA GOMEZ para obtener su aseguramiento no solo informo de su situación de salud, pese era exigible hacerlo como se ha venido esgrimiendo, sino además presento con su firma, como establece en la demanda, los formularios de solicitud individual de seguro, haciendo suyas con su rúbrica todas las respuestas que aparecen incorporadas en esas proformas.

Al hecho 6: no es cierto que en el momento de la suscripción de los individuales de seguro no se le haya brindado toda la información pertinente sobre los aseguramientos a la potencial asegurada. Toda lo contrario, por lo contrario, por medio del presente escrito se aporta los documentos firmados por la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q. E. P.D). Los certificados individuales de seguro en dos espacios distintos, en señal de aceptación de haber recibido toda la información relativa a los productos de forma clara, completa y oportuna.

Al hecho 7: no me constan la condición de salud que la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) tuvo a lo largo de toda su vida. Se demuestra fehacientemente que desde el año 2015 a la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) se le diagnosticada Taquicardia y Arritmia Cardiaca. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estas enfermedades. Como se encuentra registrada en la Historia Clínica, la Señora ZUÑIGA GOMEZ (estuvo medicada con Ácido Acetil Salicílico. Lo anterior acredita indiscutiblemente, no solamente que había sido diagnosticada con esas enfermedades desde el 2015. Sino que, además, al haber participado activamente en su tratamiento mediante el consumo de este medicamento.

Al hecho 8: no me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica la representada.

Al hecho 9: no me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho. Lo anterior, toda vez que la procurada no le consta cual fue la causa de la muerte de la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D).

Al hecho 10: no me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica la representada, por esta razón, solicita que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes. Lo anterior, toda vez que a la procurada no le consta cual fue la causa de la muerte de la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D).

Al hecho 11: no me consta la existencia de las comunicaciones cruzadas entre el demandante y el Banco BBVA Colombia S.A. toda vez que el establecimiento de crédito comprende una persona jurídica diferente de la Compañía de Seguros que represento, razón por la que solicita que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles conducentes y pertinentes.

Al hecho 12: es parcialmente cierto. Si bien es cierto que la solicitud de Demandante fue resuelta mediante comunicación del 06 de febrero de 2018, vale la pena agregar que dicha comunicación no fue expedida por el BANCO BBVA Colombia S.A., sino por la representada.

De esta manera se debe aclarar que, pese a que desde el año 2015 se registró en su información médica una "Taquicardia y Arritmia Cardíaca" omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad faltando así a la verdad, aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente y en tres oportunidades diferentes.

Al hecho 13: no es cierto que la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) no haya retenido o negado información a la compañía de seguros por medio de las declaraciones de asegurabilidad. No es cierto que para tener el derecho de anular el contrato de seguro con base en la disposición consagrada en el Artículo 1058 del Código del Comercio, sea necesario acreditar que las enfermedades no declaradas por el asegurado fueron la causa de su muerte.

Al hecho 14: es parcialmente cierto. Si la representada hubiera conocido de estas patologías y sus riesgos con anterioridad al perfeccionamiento de los aseguramientos, evidentemente se hubiere retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

Al hecho 15: es parcialmente cierto. Se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del Artículo 1058 de Código del Comercio para invocar y declarar la nulidad de los contratos de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Al hecho 16: no es cierto que exista un incumplimiento contractual en cabeza de la representada. Todo lo contrario, la negativa de hacer efectivos los aseguramientos se fundamentó en la evidente reticencia con la que la Aseguradora (Q.E.P.D) informo el precario estado del riesgo que buscaba trasladarle a la aseguradora.

A la representada no le consta la existencia del proceso ejecutivo que aparentemente cursa en el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Popayán, como quiera que es una persona jurídica diferente del acreedor de las obligaciones que en vida contrajo la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D). Adicionalmente, tampoco le consta si los créditos materia de litigio se encuentran respaldados mediante algún pagare, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

Al hecho 17: no me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica la representada, por esta razón solicita que la parte actora pruebe su dicho. A través de los medios útiles, conducentes y pertinentes. Lo anterior, toda vez que la procurada es una jurídica diferente del Banco BBVA Colombia S.A.

Al hecho 18: no le constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica la representada. Lo anterior, toda vez que la procurada no le consta cual es el estado actual del proceso ejecutivo mencionado en este hecho. Sin embargo, es fundamental que el Honorable Juez tenga en cuenta que en el expediente no se encuentra ningún elemento

probatorio que acredite el supuesto pago realizado por el demandante a la entidad financiera.”

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

Se opone A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el demandante, por cuanto no le asiste la razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que los aseguramientos en los que la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) Fungía como aseguradora deben ser declarados nulos, como consecuencia de la reticencia con la que ella suscribió sus declaraciones de asegurabilidad.

En efecto se opone a la PRIMERA pretensión elevada por la parte demandante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente admisible declarar el referido incumplimiento contractual, por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaro sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. En este sentido, basta con recapitular el análisis transversal que se ha realizado, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana critica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen con los parámetros del Artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad de los contratos de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En efecto se opone a la SEGUNDA pretensión elevada por la parte demandante como quiera que es consecuencia de la anterior, y como aquella no tiene vocación de prosperidad, por sustracción de materia, esta pretensión también debe ser desestimada.

De esta manera se debe aclarar que, pese a que el año 2015 se registró en su información médica una "Taquicardia y Arritmia Cardíaca", omitió y contesto negativamente las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad, faltando así a la verdad. Aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente y tres oportunidades diferentes.

En efecto se opone a la TERCERA pretensión elevada por la parte demandante como quiera que es consecuencial de la primera, y como aquella no tiene vocación de prosperidad, por sustracción de materia, esta pretensión también debe ser desestimada.

Adicionalmente y sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna por parte de la representada, debe el Honorable Juez tener en cuenta que, en el improbable e hipotético evento en el que considere que, si se deben hacer efectivas las pólizas materia del litigio, las sumas de dinero deben ser pagadas única y exclusivamente al beneficiario del contrato de Seguro de Vida Vida Grupo Deudores, esto es, BANCO BBVA Colombia S.A.

En efecto se opone a la CUARTA pretensión elevada por la parte demandante como quiera que es consecuencial de la primera, y como aquella no tiene vocación de prosperidad, por sustracción de materia, esta

pretensión también debe ser desestimada. Así mismo, esta pretensión debe ser negada con base en los siguiente fundamentos facticos y jurídicos.

Nulidad del contrato de seguro: en este sentido, teniendo en cuenta las repercusiones que estas enfermedades tuvieron en la condición de salud de la Aseguradora (Q.E.P.D), y tomando en consideración la potencialidad de los efectos adversos que dichas patologías pueden llegar a tener en una persona, es completamente claro que si la representada hubiera conocido de estas patologías y sus riesgos con anterioridad al perfeccionamiento de los aseguramientos, evidentemente se hubiere retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosos en ellos.

Inexistencia de prueba del supuesto perjuicio es claro que, dado que el Señor ABRAHAM MUÑOZ no aporó siquiera prueba sumaria que demuestre la existencia del daño emergente por el supuesto rubro pagado al Banco BBVA por el valor de \$157.265.320, el Honorable Juez no cuenta con una alternativa distinta que negar absolutamente el reconocimiento de esta pretensión.

En efecto se opone a la QUINTA pretensión elevada por la parte demandante como quiera que es consecencial de la primera, y como aquella no tiene vocación de prosperidad, por sustracción de materia, esta pretensión también debe ser desestimada. Así mismo, esta pretensión debe ser negada con base en los siguiente fundamentos facticos y jurídicos.

Nulidad del contrato de seguro: La Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D). Fue reticente en virtud de que no declaro sinceramente el estado del riesgo con anterioridad perfeccionamiento de sus aseguramientos.

Inexistencia de prueba del supuesto perjuicio: adicionalmente, teniendo en cuenta que la carga de la prueba de los perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte demandante, y tomando en consideración que la existencia de este tipo de daños no se presume en ningún caso, es claro que, dado que el Señor ABRAHAM MUÑOZ no aporó siquiera prueba sumaria que demuestre la existencia del daño moral, el Honorable Juez no cuenta con una alternativa distinta que negar absolutamente el reconocimiento de esta pretensión.

Improcedencia reconocimiento daño moral: es jurídicamente improcedente en el caso concreto, en la medida que estos son considerados como daños imprevisibles a la luz de un acuerdo contractual por todo lo anterior en el caso concreto es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., no actuó de forma dolosa durante el desarrollo del contrato de seguro, en virtud (i) los argumentos esgrimidos fueron realizados teniendo como referencia el marco jurídico colombiano y, (ii) por cuanto no existe duda alguna que el patrón de conducta d la Compañía Aseguradora en ningún escenario puede equipararse a la intención positiva y maliciosa de obviar y quebrantar sus compromisos contractualmente adquiridos.

En efecto, se opongo a la SEXTA pretensión elevada por la parte demandante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de la representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también

es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de costos y agencias en derecho.

Por las razones antes expuestas, solicita respetosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte demandante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

e permite oponerse a lo predicado en el juramento estimatorio por las siguientes razones

- Nulidad del contrato de seguro: De esta manera se debe aclarar que, pese a que desde el año 2015 se registró en su información médica una "Taquicardia y Arritmia Cardíaca", omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad, faltando así a la verdad, aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente y en tres oportunidades diferentes.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al Artículo 1058 de Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. Los aseguramientos de la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) deben declararse nulos, debido a que ella negó la existencia de sus enfermedades durante la etapa precontractual. Más aun, cuando estas patologías que negó informar, faltando así a la verdad, le fueron preguntadas expresamente en los cuestionarios, declaraciones de asegurabilidad.

Inexistencia de prueba del supuesto perjuicio: es claro que, el Señor ABRAHAM MUÑOZ no aportó siquiera prueba sumaria que demuestre la existencia del daño emergente por el supuesto rubro pagado al Banco BBVA por valor de \$157.265.320, el Honorable Juez no cuenta con una alternativa distinta que negar absolutamente el reconocimiento del supuesto daño emergente.

EXCEPCIONES DE MERITO PRINCIPALES: I. NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO. II. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/ O EXIGIR EXAMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL. III. LA ACREDITACION DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DEL CONTRATO DE SEGURO. iv. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TITULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETINENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO- V. INEXISTENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS IV. IMPROCEDENCIA TOTAL DE LA SOLICITUD DE PERJUICIOS MORALES - VII. GENERICA O INNOMINADA Y OTRAS. EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS: EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MAXIMO DEL VALOR ASEGURADO. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACION DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER LOS SALDOS INSOLUTOS DE LAS OBLIGACIONES.

MEDIOS DE PRUEBA DOCUMENTALES: Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D.) que se relaciona con el crédito 9610231266. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D) que se le relaciona con el crédito 9610301093.

Condicionado General del Contrato de Seguro. Certificado de fecha del 28 de noviembre de 2019 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A del Seguro que se relaciona con el crédito 9610231266. Certificación de fecha del 28 de noviembre de 2019 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. del Seguro que se relaciona con el crédito 9610301093. Certificación de fecha del 28 de noviembre de 2019 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. del Seguro que se relaciona con el crédito 9608372435. Copia de la comunicación de fecha del 06 de febrero de 2018 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. dirigida al BBVA Colombia S.A. Derecho de petición de fecha del 10 de diciembre de 2019, enviado al Banco BBVA Colombia S.A. Constancia de envío del derecho petición remitido a COSMITET LTDA. Fragmento de la documentación medica relevante de la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ. (Q.E.P.D). Los anteriores documentos se aportaron en copia simple, siguiendo lo señalado por el Artículo 246 del C.G.P, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que los documentos aportados en original.

DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguros es de naturaleza privada, depende de la voluntad de las partes. Su finalidad, reside en el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia. su marco jurídico base se encuentra en el Título V del Libro IV del Código de Comercio. se ha definido como aquel en virtud del cual “una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, (denominada siniestro) a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta”.

Características : El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva: a. Consensual: se perfecciona y nace a la vida jurídica solo con el consentimiento de las partes. Es decir, desde que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador. b. Bilateral: la obligación contraída es recíproca. El tomador se compromete a pagar la prima y, en contraste, el asegurador debe asumir el riesgo y, en caso de ocurrir el siniestro, pagar la indemnización. c. Oneroso: el tomador se encuentra a cargo del gravamen consistente en el pago de la prima. La entidad aseguradora debe pagar la indemnización en caso de ocurrir el siniestro y conforme con las particularidades del contrato realizado. d. Aleatorio: la obligación de las partes, asegurador y asegurado, está sujeta a la eventual ocurrencia del siniestro. e. Ejecución sucesiva: las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, se desenvuelven continuamente hasta que culminan.

Elementos esenciales : El contrato de seguros se compone de cuatro “elementos esenciales”, en ausencia de cualquiera de los cuales no produce efecto alguno: (i) el interés asegurable, (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro; y (iv) la obligación condicional del asegurador. Prescripción de las acciones:

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen pueden ser ordinarias o extraordinarias. La primera, "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 segunda, es de "cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho".

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS *El contrato de seguros es un contrato uberrimae fidae, es decir, la eficacia de sus efectos depende del acatamiento a la buena fe. En virtud de ello, este principio se lo ha relacionado con al menos dos preceptos jurisprudencialmente: (i) la integración leal y honesta del clausulado contractual; y (ii) la obligación del tomador o asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo.*

Problema jurídico

Existió RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO y PREEXISTENCIA EN EL CONTRATO DE SEGURO- en la declaración presentada por la señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ, si existieron estas circunstancias hay lugar a declarar la nulidad del contrato de seguro, el despacho considera que no hay lugar a declararlo por las siguientes razones-

El contrato de seguros es de naturaleza privada, depende de la voluntad de las partes. Su finalidad, reside en el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia. Este, se rige por los artículos 333 y 335 Superiores y, legalmente, su marco jurídico base se encuentra en el Título V del Libro IV del Código de Comercio. La honorable Corte Suprema de Justicia lo ha definido como aquel en virtud del cual "una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina "prima", dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, (denominada siniestro) a indemnizar al "asegurado" los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta". los seguros de vida, entre estos, aquellos de tipo individual, colectivo, grupo, accidentes personales, de que trata la Sección II del Capítulo III del Título V del Libro 4º del Código de Comercio.

Características del contrato:

Las partes del contrato son, por un lado, el "asegurador", es decir, quien asume los riesgos y debe pagar la obligación ante la ocurrencia del siniestro en concordancia con las cláusulas del contrato y el marco jurídico correspondiente. Por otro, el "tomador", quien por cuenta propia o ajena traslada los riesgos^[35] al asegurador, le corresponde el pago de la prima de acuerdo con lo pactado en el contrato^[36]. Adicionalmente, puede existir un "tercero determinado o determinable" quien tiene la posibilidad de contratar el seguro, a

quien se denomina asegurado. En este escenario, *“al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada”*.

El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva:

a. Consensual: se perfecciona y nace a la vida jurídica solo con el consentimiento de las partes. Es decir, desde que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador.

b. Bilateral: la obligación contraída es recíproca. El tomador se compromete a pagar la prima y, en contraste, el asegurador debe asumir el riesgo y, en caso de ocurrir el siniestro, pagar la indemnización.

c. Oneroso: el tomador se encuentra a cargo del gravamen consistente en el pago de la prima. La entidad aseguradora debe pagar la indemnización en caso de ocurrir el siniestro y conforme con las particularidades del contrato realizado.

d. Aleatorio: la obligación de las partes, asegurador y asegurado, está sujeta a la eventual ocurrencia del siniestro.

e. Ejecución sucesiva: las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, se desenvuelven continuamente hasta que culminan.

Elementos esenciales

El contrato de seguros se compone de cuatro *“elementos esenciales”*, en ausencia de cualquiera de los cuales no produce efecto alguno: (i) el interés asegurable, (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro; y (iv) la obligación condicional del asegurador.

(i) Interés asegurable: el interés debe ser lícito y susceptible de estimación en dinero. Tiene interés asegurable quien tenga un patrimonio que pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la ocurrencia de un riesgo. Todas las personas tienen interés asegurable en a) su propia vida; b) en la de las personas a quienes legalmente puedan reclamar alimentos; y c) en la de las personas cuya muerte o incapacidad le puedan implicar perjuicios económicos, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta.

(ii) El *“riesgo asegurable”* permite identificar el siniestro, definir las obligaciones para las partes, la forma de ejecución del contrato y el valor de la prima del seguro. Se comprende como un a) suceso incierto; b) su ocurrencia no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, según sea el caso; c) su realización da origen a la obligación del asegurador. En contraste, no son parte del contrato de seguros a) los *“hechos ciertos”*, a excepción de *“La muerte, y los físicamente imposibles”*; b) *“La incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”*; c) *“el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario”*; tampoco es

posible amparar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policivo.

Conforme con el artículo 1072 del Código de Comercio, “*se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado*”.

(iii) La “*prima o precio del seguro*” comprende la suma o importe a cuyo pago se compromete el tomador para obtener la cobertura del riesgo. Su monto lo determina la entidad aseguradora con base en el riesgo asegurado.

(iv) La “*obligación condicional del asegurador*” conforme con esta se establecen los siniestros que hacen efectiva la póliza. Por consiguiente, la entidad aseguradora no está obligada a pagar cualquier perjuicio, sólo se compromete a la indemnización en aquellos eventos discriminados y seleccionados al momento de realizar el contrato.

Prescripción

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen pueden ser ordinarias o extraordinarias. La primera, “*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 segunda, es de “*cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho*”.

Cláusulas del contrato

Para determinar el alcance del contrato de seguro es necesario remitirse a las cláusulas pactadas en la póliza, los documentos que la integran, y los anexos. Las cláusulas del contrato de seguro son generales y específicas. Las primeras, entendidas como la “*columna vertebral de la aseguradora*”, se aplican a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador. Los segundos, son aquellos que se elaboran para cada contrato específico, reflejan la voluntad de las partes, aseguradora, tomadora y asegurado.

La póliza es el “*documento contentivo del contrato de seguro*”. Entre los documentos adicionales que hacen parte de la póliza se encuentran “*1) La solicitud de seguro firmada por el tomador, y 2) Los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza*”. Cuando las condiciones del contrato no aparezcan pactadas expresamente se entenderán como aquellas que se precisen en el anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Financiera para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo.

PARA resolver el problema jurídico el despacho se adentrara en el estudio de las excepciones

NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.

En la excepción nos señala el apoderado judicial que la señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ conociendo a profundidad su padecimiento, negó este en la

etapa precontractual, considerando que la fallecida fue reticente y que 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 se estima se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas, fundamenta su argumento en la 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 se estima se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

En la demanda se señaló que la fallecida ROSA MARIA ZUÑIGA Obtuvo créditos y obligaciones bancarias con el BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTINA COLOMBIA S.A. BBVA, Conforme a los pagarés, con números de Obligación 96083724357 / 9610231266 / 9610301093. Suscribió contrato de seguros póliza de seguros de vida grupo de deudores con la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. con quien trabaja el Banco BBVA, contenido en la póliza No. 0110043, y que para adquirir el seguro grupo deudores, debió diligenciar el anexo solicitar certificado individual seguro vida grupo deudores el día 19 de mayo de 2011, en la cual declaro su estado de salud, declarando su estado de asegurabilidad, conforme al cuestionario presentado, sin negar o retener información importante que hubiese modificado las condiciones del seguro de vida, el día 21 de abril de 2017 la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ hizo una nueva solicitud/ certificado individual seguro vida grupo deudores, en la cual declaro su estado de salud, sin omitir ningún tipo de información importante que hubiese modificado el contrato de seguro de vida grupo deudores, resalta que, al momento de firmar dicha solicitud, el cuestionario se encontraba diligenciado por parte del asesor comercial del Banco BBVA Colombia S.A., actuando de buena fe, la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GÓMEZ acude al Banco BBVA Colombia S.A. el día 2 de mayo de 2017 para diligenciar Solicitud / certificado individual seguro vida grupo deudores, en la cual declaro su estado de salud conforme a los antes enunciado, en ningún momento el asesor comercial realizo el cuestionario propuesta y solicito a la Señora ZUÑIGA GOMEZ que firmara la solicitud, sin que se le explicara el alcance y contenido de la declaración

Que los síntomas de enfermedad que desato la muerte (20 de septiembre del año del 2017) de la señora ROSA MARIA ZUÑIGA se presentaron para el mes de julio de 2017, cuando ella presento un dolor en su hombro derecho el cual le fue diagnosticada por un Cáncer avanzado en hombro derecho siendo el tumor primario con metástasis encéfalos y la meninge, en el pulmón.

Siguiendo la Sentencia T-222 de 2014 se recuerda que *“La reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el*

comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia". En cualquier caso "la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades".

En consecuencia, para que la Aseguradora accionada pudiera alegar reticencia debió demostrar la mala fe del asegurado. Sin embargo, en el presente caso, no se encuentra demostrado que la asegurada hoy fallecida hubiese incurrido en ésta ni ocultado a la Aseguradora que se encontraba diagnosticado con cáncer pues nótese que el riesgo se declaró para el mes de abril de 2017, y la enfermedad fue diagnosticada para el mes de julio de 2017, ocasionando la muerte en septiembre del año 2017, por ende, la presunción de buena fe sobre ésta se mantiene; y si bien la Aseguradora podría alegar, a lo sumo, preexistencia, sin embargo, lo cierto es que en el presente caso este argumento no tiene entidad para afectar la obligación pactada, por cuanto, para ello, debió adelantar las investigaciones pertinentes para estudiar el nivel del riesgo y tuvo que haber consignado tales exclusiones en el clausulado contractual. No obstante, no existe prueba que evidencie que la demandada hubiese solicitado a la asegurada exámenes médicos ni siquiera copia de su historia clínica antes de comprometerse a ampararle ante el riesgo de muerte.

Esta circunstancia debió corroborarse antes de celebrar el contrato y dejarse sentado en el contrato las exclusiones. Se recuerda que *"resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, en tal virtud "debidamente autorizada" por la ley para asumir riesgos (...) deja de auscultar, pudiendo hacerlo, no puede clamar, ex post, que se decrete la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente"*. Siguiendo el artículo 1058, inciso 4º del Código de Comercio, las aseguradoras no pueden alegar la nulidad relativa del contrato o la disminución en el pago de la obligación cuando conocen o han debido conocer los hechos o circunstancias preexistentes.

Por lo cual la excepción no está llamada a prosperar

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguro de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradas de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro.

No solo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras y/o exigencia de este tipo de exámenes.

En este caso orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El Artículo 1158 de Código de Comercio 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 de aplicación a las consecuencias fijadas por el Artículo 1058 de Código del Comercio. Al respecto, el artículo 1158 del Código del Comercio indica lo siguiente:

“Aunque el asegurador prescinde 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 de lugar”

La excepción planteada tampoco está llamada a prosperar, en cuanto que como se citó en párrafos anteriores los exámenes médicos e historia clínica de la persona que quiere obtener un seguro deben revisarse y exigirse con anterioridad a asegurar el riesgo “ Esta circunstancia debió corroborarse antes de celebrar el contrato y dejarse sentado en el contrato las exclusiones. Se recuerda que *“resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, en tal virtud “debidamente autorizada” por la ley para asumir riesgos (...) deja de auscultar, pudiendo hacerlo, no puede clamar, ex post, que se decrete la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”*. Siguiendo el artículo 1058, inciso 4º del Código de Comercio, las aseguradoras no pueden alegar la nulidad relativa del contrato o la disminución en el pago de la obligación cuando conocen o han debido conocer los hechos o circunstancias preexistentes.

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

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 demostrado la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudio a fondo la constitucionalidad del Artículo 1058 del Código del Comercio., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaro 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.

La excepción tampoco es de recibo pues recordemos que el seguro se tomó en el mes de abril y se firmó en mayo de 2017, y los síntomas de la enfermedad que la llevo a la muerte a la asegurada solo se diagnosticaron en el mes de julio de 2017 situación impredecible al momento de tomar el seguro. Reitera este Despacho que la Jurisprudencia traída por el Despacho enfatiza en que la carga de la prueba está en cabeza de la aseguradora pues en su contenido señala Se recuerda que *“resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, en tal virtud “debidamente autorizada” por la Ley para asumir riesgos (...) deja de auscultar, pudiendo hacerlo, no puede clamar, ex post, que se decrete la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”*. Siguiendo el artículo 1058, inciso 4º del Código de Comercio, las aseguradoras no pueden alegar la nulidad relativa del contrato o la disminución en el pago de la obligación cuando conocen o han debido conocer los hechos o circunstancias preexistentes. Tal vez si la aseguradora hubiera ordenado los exámenes completos a la señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ hubiese podido percatarse de la enfermedad silenciosa que la aquejaba.

BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TITULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETINENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

En consecuencia, con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la retención se refiere, es esencial que el Honorable Juez tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al Artículo 1059 de 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 retención, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. la norma establece:

Artículo 1059 RETENCION DE LA PRIMA A TITULO DE PENA Rescindido el contrato en los términos del Artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

En conclusión, dado que la Señora ZUÑIGA GOMEZ (Q. E. P.D) fue reticente debido a que en el momento de solicitar sus aseguramientos, omitió declarar sinceramente es estado del riesgo, esto es, no informo 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 la representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieran inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

Esta excepción tampoco está llamada a declararse en cuanto la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no actuó en forma diligente y acuciosa como lo exige el artículo 1058 del Código de Comercio, no remitió a la solicitante a que se practicara exámenes médicos acordes con el riesgo que quería asegurarse ni tampoco logra probar mala fe en la actitud de la asegurada pues para el momento de suscribir la póliza se desconocía por ella la enfermedad de cáncer que padecía, pues su diagnóstico fue casi simultáneo con la ocurrencia de la muerte a escasos dos meses, no pudiendo declararse reticente cuando se desconocía de un padecimiento físico grave dado que la póliza se tomó en el mes de abril de 2017 meses antes del acaecimiento del riesgo cubierto.

Así entonces siguiendo la Sentencia T-222 de 2014 se recuerda que *“La reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”*. En cualquier caso *“la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”*.

La aseguradora no demostró la mala fe de LA SEÑORA rosa María Zúñiga, requisito necesario para que se configure la reticencia y, en consecuencia, se declare la nulidad del contrato. A lo sumo se podría alegar preexistencia, sin embargo, lo que se evidencia con los elementos aportados al expediente, es que la entidad accionada no realizó las labores de investigación mínimas que le asistían para estudiar el riesgo a cuyo amparo se comprometió con el accionante y, por ende, no contempló en el contrato de seguro las exclusiones en las que hoy se fundamenta para objetar la póliza. Las labores de investigación fueron realizadas ante el reclamo de la póliza y solo fueron empleadas para fundamentar el rechazo del pago de la misma. Proceder que se considera negligente y abusivo y repercute directamente contra los derechos del demandante. Se recuerda en este punto que, de acuerdo con el artículo 1058, inciso 4º, del Código de Comercio, no se puede aplicar las sanciones al asegurador, impuestas por reticencia o inexactitud si la aseguradora *“antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan (sic) los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”*.

V. INEXISTENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS

Subsidiariamente, 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 la representada, se debe tener en

cuenta que la parte actora pretende el reconocimiento de sendas sumas de dinero por el concepto de (i) daño moral, y (ii) daño emergente por el supuesto rubro pagado al Banco BBVA por el valor de \$ 157.265.320. Sin embargo, tal y como se explicará a continuación, los emolumentos anteriormente mencionados no pueden ser reconocidos a la parte demandante toda vez que el plenario no existe una sola prueba que demuestre siquiera sumariamente su existencia.

En conclusión, teniendo en cuenta que la carga de la prueba de los perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte demandante, y tomando en consideración que la existencia de este tipo de daños no se presume en ningún caso, es claro que, dado que el Señor ABRAHAM MUÑOZ no aportó siquiera prueba rubro pagado al Banco BBVA por valor de \$ 157.265.320, el Honorable Juez no cuenta con una alternativa distinta que negar absolutamente el reconocimiento de estos conceptos.

Esta excepción esta llamada a prosperar pues tal y como se plantea en la excepción subsidiaria denominada EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MAXIMO DEL VALOR ASEGURADO. Al no haberse probado la mala fe en la asegurada, la demandada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. si tiene obligación de pagar la indemnización al tomador y beneficiario, esto es, a la entidad bancaria, siendo entonces necesario señalar que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares de los aseguramientos de la Asegurada (Q.E.P.D). Valga la pena aclarar que el demandante cancelo la suma de \$ 90.000.000, los cuales deberán ser reembolsados, en cuanto que la póliza debe cubrir el saldo insoluto de la obligación desde el acaecimiento de la muerte de la asegurada esto es desde el 17 de septiembre de 2017, es decir por todo el valor asegurado para cubrir las cuotas desde el mes de octubre de 2017 .

IV. IMPROCEDENCIA TOTAL DE LA SOLICITUD DE PERJUICIOS MORALES

De forma subsidiaria y sin perjuicio de lo expuesto a lo largo de la contestación, es fundamental tomar en consideración que la pretensión del demandante tendiente a la obtención de una indemnización por los supuestos perjuicios morales que dice haber sufrido, es jurídicamente inviable en este caso en la medida que no se cumplen los presupuestos del Artículo 1616 del Código Civil para solicitar y obtener una indemnización por este tipo de daños, esto es por perjuicios imprevisibles.

En conclusión, la solicitud de perjuicios morales es jurídicamente improcedente en el caso concreta, en la medida que estos son considerados como daños imprevisibles a la luz de un acuerdo contractual. Y en este sentido, al ser daño imprevisible, para tener el derecho de obtener su reconocimiento, demuestre que la parte demandada incumplió sus obligaciones contractuales de forma intencional y maliciosa, aun sabiendo que dicho incumplimiento iba a causar perjuicios. Por todo lo anterior, en el caso concreto es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., no actuó de forma dolosa durante el desarrollo del contrato ni durante la formulación de la negativa al pago de las prestaciones derivadas del contrato de seguro, en virtud de que (i) los argumentos esgrimidos fueron

realizados teniendo como referencia el marco jurídico Colombiano y (ii) por cuanto no existe duda alguna que el patrón de conducta de la Compañía Aseguradora en ningún escenario puede equipararse a la intención positiva y maliciosa de obviar y quebrantar sus compromisos contractualmente adquiridos.

La excepción propuesta no está llamada a prosperar toda vez el demandante debió asumir una carga pecuniaria que él no había suscrito, y que al no ser pagada la póliza que cubría el riesgo de muerte de la asegurada OCASIONO PERJUICIO de orden moral, daño que debe ser resarcido por la angustia que genera el tener que pagar una cantidad de dinero cuando quien debía cancelar el monto de las obligaciones era la COMPAÑÍA DE SEGUROS VIDA COLOMBIA SA

VII. GENERICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicita 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 Código del Comercio).

No hay lugar a declarar probada excepción alguna por parte del Despacho
EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS:

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

Que el Honorable Juez considere que la Aseguradora si tiene la obligación de pagar la indemnización al tomador y beneficiario, esto es, a la entidad bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares de los aseguramientos de la Aseguradora (Q.E.P.D).

Por las razones expuestas, solicita respetuosamente declarar probada la excepción.

EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACION DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER LOS SALDOS INSOLUTOS DE LAS OBLIGACIONES.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de la representada, en el evento que el Honorable Juez considere que la Aseguradora si tiene la obligación de pagar indemnización al tomador y beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscribía únicamente a los saldos insolutos de las obligaciones. Es decir, tal reconocimiento no puede comprender las sumas ya pagadas por la Asegurada (Q.E.P.D), sino que tiene que limitarse únicamente a las que todavía se adeudan.

Asiste razón a la demandada toda vez que los montos a cubrir por parte de la aseguradora corresponden al saldo insoluto del mutuo contraído por la fallecida ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ, aclarando que el monto de noventa millones cancelados por el señor ABRAHAM MOSQUERA AL BANCO BBVA deben

ser reintegrados toda vez que la obligación contraída ante la entidad bancaria y por la cual se suscribió la póliza corresponde al saldo insoluto de la obligación contraída en su oportunidad por ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ.

El contrato de seguros es un contrato *uberrimae fidae*, es decir, la eficacia de sus efectos depende del acatamiento a la buena fe. En virtud de ello, este principio se lo ha relacionado con al menos dos preceptos jurisprudencialmente: (i) la integración leal y honesta del clausulado contractual; y (ii) la obligación del tomador o asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo.

Las sanciones previstas para los casos de reticencia e inexactitud en la declaración del estado del riesgo, no son procedentes cuando el asegurador antes de celebrar el contrato ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente. Es decir que, en el caso de que la aseguradora conozca el hecho de la reticencia o de la inexactitud y nada manifiesta, se entiende que lo allana incluso tácitamente, y después no podrá alegar la nulación del contrato pues lo correcto es que tan pronto conozca las circunstancias que motivaron su error, y no estando dispuesta a mantener el contrato, ejerza las acciones correspondientes. Es un beneficio que opera en favor el tomador, toda vez que no tendría razón de ser el hecho de que se sancione por una reticencia o inexactitud, siendo que esta falsedad llegó a ser conocida por el asegurador al momento de celebración del contrato. Es un beneficio que opera en favor el tomador, toda vez que no tendría razón de ser el hecho de que se sancione por una reticencia o inexactitud, siendo que esta falsedad llegó a ser conocida por el asegurador al momento de celebración del contrato. En este sentido, en caso de que el tomador alegue la improcedencia de las sanciones, éste deberá demostrar, en primer lugar, el conocimiento de los hechos o circunstancias declarados inexacta o reticentemente por parte del tomador, esto es, en el caso en que el asegurador haya tenido conocimiento de los hechos o circunstancias en el momento en que el tomador emitió su declaración y a pesar de esto se aceptaron y, en segundo lugar, el conocimiento presunto de los mencionados hechos o circunstancias, esto es, en el caso en que el asegurador, con una mediana diligencia debía haber conocido los hechos o circunstancias sobre los que recaía la reticencia o inexactitud.

De acuerdo con lo anterior, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato de seguro, ello no implica reticencia, porque el deber de buena fe se radicaría, más intensamente, en cabeza de la aseguradora.

Si bien el artículo 1058 del Código de Comercio establece el deber del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo, es claro que la preexistencia no es un sinónimo de reticencia. En efecto, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro, hablamos de un elemento subjetivo, mientras que la preexistencia es un hecho objetivo.

Ambas se dan en la etapa precontractual del contrato de seguro, pero son totalmente diferentes, pues la preexistencia es una condición, enfermedad o situación que aconteció antes de la celebración del contrato de seguro, determinante en la ocurrencia del siniestro, que de haber sido conocida por la aseguradora la habría llevado a establecer unas condiciones más onerosas o en su defecto la hubiera retraído de celebrar el negocio jurídico.

La reticencia por el contrario es una declaración inexacta o incompleta que se da con el fin de obtener un provecho, induciendo al asegurador a amparar una cobertura que no corresponde al real estado del riesgo, sin que necesariamente incida en la ocurrencia del siniestro. La Corte Constitucional en sentencia T- 240 del 16 de mayo de 2016 se refirió al tema de la siguiente manera: “La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en el fallo del día 21 de abril de 2015, expuso que “(...) la preexistencia es un fenómeno definido por la RAE como: “existencia anterior, con alguna de las prioridades de naturaleza u origen”, que al ser aplicado al concepto de contrato de seguro, se refiere a una situación previa al perfeccionamiento del seguro que no encaja como un “hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda”.

No basta la simple preexistencia del hecho para que la entidad aseguradora pueda abstenerse de ejecutar la póliza, sino que resulta necesario establecer el nexo causal entre la afección preexistente y la muerte del tomador, lo que en este caso no aconteció en cuanto que la póliza se suscribió antes de haberse diagnosticado la enfermedad -cáncer - que fue la causante del fallecimiento de la aseguradora, no siendo entonces por el Despacho la formulación de la reticencia en cuanto que la asegurada no actuó de mala fe, pues desconocía el padecimiento de cáncer que la aquejaba de ello da cuenta la historia clínica de la señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ, por lo cual al no haberse ordenado por la demandada los exámenes médicos y la revisión de la historia clínica no puede una vez acaecido el siniestro cubierto en la póliza solicitar la nulidad del contrato por reticencia pues como se dijo al resolver las excepciones se exige acuciosidad a la aseguradora para celebrar el contrato de seguro recayendo en la aseguradora la carga probatoria de demostrar la mala fe en el asegurado, en caso similar ha señalado la Corte en el tema de la reticencia *“no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad. Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002,*

sostuvo que “Las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto). Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe. En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

Por lo expuesto este Despacho accederá las pretensiones incoadas por la parte demandante y en ese sentido se declarará que la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., incumplió el contrato de seguro de vida grupo deudores contenido en la POLIZA 0110043 adquirido por la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA identificada con cedula de ciudadanía No. 25.308.917 que amparada el riesgo de muerte para garantizar el cumplimiento de las obligaciones número 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridas con el Banco Vizcaya Argentina BBVA Colombia.

Como consecuencia de la anterior declaración se ORDENARA a COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. cancelar el valor asegurado que amparaba la vida de la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ, en razón del crédito contenido en las obligaciones número 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridos con el Banco Bilbao Vizcaya Argentina Colombia BBVA S.A., que registre en la fecha de causarse la última cuota de amortización anterior a la muerte de la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ.

Como se accederá a las pretensiones de la parte demandante, se hace la salvedad de que el monto que debe cubrirse POR la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. con quien trabaja el Banco BBVA, contenido en la póliza No. 0110043, al señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, ES EL VALOR CORRESPONDIENTE AL SALDO INSOLUTO DE los créditos de los que dan cuenta los pagarés números 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridos con el Banco Bilbao Vizcaya Argentina Colombia BBVA S.A.

También se reconocerá en favor del señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, los perjuicios materiales por concepto de daño emergente por la suma NOVENTA MILLONES DE PESOS (\$90.000.000), correspondientes al valor por este pagados por concepto de las obligaciones contenidas en los pagarés números 96083724357 / 9610231266 / 9610301093. Adquiridos por la Señora

ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ con el Banco Bilbao Vizcaya Argentina Colombia BBVA S.A. ante la declaratoria de incumplimiento del contrato de seguro contenido en la póliza POLIZA 0110043 y que se encontraban amparados con el seguro de vida grupo deudores de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el cual no fue pagado a pesar de la ocurrencia del siniestro.

De igual forma se reconocerá por concepto de daño moral, el equivalente al valor de VEINTE (20) SALARIOS MINIMOS legales mensuales vigentes al Señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO.

Finalmente el Despacho no acepta la objeción al juramento estimatorio planteado por la demandada, toda vez que conforme la decisión dictada existe prosperidad en las pretensiones incoadas por el demandante.

DECISION

En razón y mérito de lo expuesto EL JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYAN administrando justicia en nombre de la Republica de Colombia y por autoridad de la ley

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR no probadas las excepciones denominadas: NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/ O EXIGIR EXAMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL. LA ACREDITACION DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DEL CONTRATO DE SEGURO. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TITULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETINENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO. INEXISTENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS. IMPROCEDENCIA TOTAL DE LA SOLICITUD DE PERJUICIOS MORALES y GENERICA O INNOMINADA.

SEGUNDO: DECLARAR PROBADA LA EXCEPCION DENOMINADA EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MAXIMO DEL VALOR ASEGURADO. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACION DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER LOS SALDOS INSOLUTOS DE LAS OBLIGACIONES, ACLARANDO que la póliza debe cubrir el saldo insoluto de la obligación contenida en los pagarés números 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridos con el Banco Bilbao Vizcaya Argentina Colombia BBVA S.A. desde la cuota correspondiente al mes de octubre de 2020.

TERCERO: DECLARAR que la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., incumplió el contrato de seguro de vida grupo deudores contenido en la POLIZA 0110043 adquirido por la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA identificada con cedula de ciudadanía No. 25.308.917 que amparada el riesgo de muerte para garantizar el cumplimiento de las obligaciones

número 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridas con el Banco Vizcaya Argentina BBVA Colombia.

CUARTO: Como consecuencia de la anterior declaración ORDENAR a COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Que cancele el valor asegurado que amparaba la vida de la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ, en razón del crédito contenido en las obligaciones número 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridos con el Banco Bilbao Vizcaya Argentina Colombia BBVA S.A.

QUINTO: como consecuencia de la anterior declaración se ordene pagar al tomador del Seguro de Vida grupo deudores BBVA COLOMBIA S.A. al Señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO identificado con cedula de ciudadanía No. 10.528.033 el saldo INSOLUTO de las obligaciones No. 9608372435 / 9610231266 / 9610301093 adquiridas con el BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTINA COLOMBIA - BBVA COLOMBIA S.A., que registre en la fecha de causarse la última cuota de amortización anterior a la muerte de la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ.

SEXTO: RECONOCER LOS PERJUICIOS MATERIALES por concepto de daño emergente por la suma NOVENTA MILLONES DE PESOS (\$90.000.000), correspondientes al valor por este pagados por concepto de las obligaciones contenidas en los pagarés números 96083724357 / 9610231266 / 9610301093. Adquiridos por la Señora ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ con el Banco Bilbao Vizcaya Argentina Colombia BBVA S.A. ante la declaratoria de incumplimiento del contrato de seguro contenido en la póliza POLIZA 0110043 y que se encontraban amparados con el seguro de vida grupo deudores de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el cual no fue pagado a pesar de la ocurrencia del siniestro.

SEPTIMO: POR CONCEPTO DE DAÑO MORAL, el equivalente al valor de VEINTE (20) SALARIOS MINIMOS legales mensuales vigentes al Señor JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO.

OCTAVO: No aceptar la objeción al juramento estimatorio planteado por la parte demandada, de acuerdo a lo aquí expuesto.

NOVENOT: CONDENAR en costas a la demandada COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en favor de JOSE ABRAHAM MUÑOZ ROSERO FIJENSE en la suma equivalente a DIEZ (10) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES

NOTIFIQUESE

La Juez



ASTRID MARIA DIAGO URRUTIA

NOTIFICACION

La presente sentencia se notifica
por anotación en estado electrónico
No 079 hoy 1 de julio de 2021 desde
las 08:00 a.m.

ANA RAQUEL MARTINEZ DORADO
Secretaria