Bogotá D.C

Señores

JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO

Ibagué (Tolima)

Correos electrónicos: J06cctoiba@cendoj.ramajudicial.gov.co

j06cctoiba.cendoj.ramajudicial.gov.co

fidesbonayprofesionales@gmail.com

jefidua@hotmail.com

artituturaenelcamino@gmail.com

lucho991@hotmail.com

REF. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA POR RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.

EXPEDIENTE: 2023-00017

DEMANDANTE(S): JENNY FIGUEROA DUARTE, LUIS ENRIQUE GONZALEZ FIGUEROA y DIANA JIMENA GONZALEZ FIGUEROA.

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACION A LA REFORMA A LA DEMANDA

ALBA CLEMENCIA GARCIA PINTO, mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 52.267.690 expedida en Bogotá, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional número 121.198 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, obrando en mi calidad de apoderada especial con representación legal, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, que aporto al expediente, respetuosamente procedo a CONTESTAR A LA REFORMA A LA DEMANDA formulada por los señores JENNY FIGUEROA DUARTE, LUIS ENRIQUE GONZALEZ FIGUEROA y DIANA JIMENA GONZALEZ FIGUEROA en contra de mi representada, dentro de los términos legales del traslado de la misma.

Anuncio desde ahora que me opongo a las pretensiones de la parte demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

FRENTE A LOS FUNDAMENTOS FACTICOS FORMULADOS EN LA DEMANDA

PRIMERO: Me atengo a lo que se pruebe porque la parte demandante no especifica la obligación presuntamente asegurada. Además de lo anterior me permito advertir que si el crédito es del año 2015 el saldo insoluto de la obligación a la fecha del siniestro no coincide con el valor asegurado.

SEGUNDO: No es cierto de acuerdo con el Certificado individual que aporté con la contestación de la demanda, según la cual el valor asegurado de la póliza mencionada es de hasta \$197.640.392,00 y la póliza que amparaba la obligación de la obligación terminada en 7730, empezó a cubrir el riesgo desde el 7 de julio de 2015 y actualmente se encuentra vigente.

TERCERO: Me atengo a lo que se pruebe porque la parte demandante no especifica la obligación presuntamente asegurada. Además de lo anterior me permito advertir que si el crédito es del año 2016 el saldo insoluto de la obligación a la fecha del siniestro no coincide con el valor asegurado.

CUARTO: Es cierto, de acuerdo con el Certificado individual que aporté con el presente escrito como PRUEBA 1 parte 2, la póliza se expidió con un valor asegurado de hasta \$42.000.000,00 y estuvo vigente del 15 de febrero de 2016 hasta el 31 de marzo de 2022, fecha en que fue revocada por falta de pago.

QUINTO: No es cierto, de acuerdo con el Certificado individual que aporté con la contestación de la demanda, según la cual el valor asegurado de la póliza mencionada es de hasta \$512.416,00

SEXTO: No es cierto.

SEPTIMO: Me atengo a lo que se pruebe.

OCTAVO: Es cierto que el señor Luis Enrique González (q.e.p.d) contaba con experiencia como consumidor financiero. No me consta lo referente a sus calidades, pues es una valoración subjetiva de la parte demandante.

NOVENO: Me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

DECIMO: No es cierto que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. tiene la obligación de cancelar los créditos terminados en 7730, 6651 y 9781 puesto que el señor Luis Enrique González Trilleras (q.e.p.d) y sus beneficiarios, perdieron su derecho a ser indemnizados por la grave reticencia cometida al diligenciar los formularios de asegurabilidad que obran en el expediente pues fueron aportadas por la parte demandante y que se aportaron con la contestación de la demanda

DECIMO PRIMERO: Es cierto, que una de las demandantes (la señora Jenny Figueroa Duarte), presentó reclamación para el pago de las obligaciones objeto de litigio.

DECIMO SEGUNDO: Es cierto que la aseguradora objetó el pago de las obligaciones mencionadas en virtud de la facultad que otorga el Artículo 1058 del Código de Comercio, pues dicha compañía indagó expresamente sobre las enfermedades mencionadas en la objeción y el señor González fue reticente al contestar que no padecía de ellas.

DECIMO TERCERO: No es un hecho es una interpretación legal de la parte demandante..

DECIMO CUARTO: No es cierto.

DECIMO QUINTO: No es objeto de litigio la obligación a la que hace referencia el demandante y cabe resaltar que cada contrato de seguro es independiente y accesorio a cada obligación de mutuo que cubre y el hecho de que en las declaraciones de asegurabilidad el señor González no respondió sinceramente a cada cuestionario de asegurabilidad, no lo exime de sufrir las consecuencias negativas de su grave omisión.

DECIMO SEXTO: No es objeto de litigio la obligación a la que hace referencia el demandante y cabe resaltar que cada contrato de seguro es independiente y accesorio a cada obligación de mutuo que cubre y el hecho de que en las declaraciones de asegurabilidad el señor González no respondió sinceramente a cada cuestionario de asegurabilidad, no lo exime de sufrir las consecuencias negativas de su grave omisión.

DECIMO SEPTIMO: No es objeto de litigio la obligación a la que hace referencia el demandante y cabe resaltar que cada contrato de seguro es independiente y accesorio a cada obligación de mutuo que cubre y el hecho de que en las declaraciones de asegurabilidad el señor González no respondió sinceramente a cada cuestionario de asegurabilidad, no lo exime de sufrir las consecuencias negativas de su grave omisión.

DECIMO OCTAVO: No es objeto de litigio la obligación a la que hace referencia el demandante y cabe resaltar que cada contrato de seguro es independiente y accesorio a cada obligación de mutuo que cubre y el hecho de que en las declaraciones de asegurabilidad el señor González no respondió sinceramente a cada cuestionario de asegurabilidad, no lo exime de sufrir las consecuencias negativas de su grave omisión.

DECIMO NOVENO: No es cierto, pues la salud de una persona puede mejorar o empeorar a través del tiempo y sería desproporcionado para la aseguradora indagar sobre el estado de salud de cada cliente analizando su condición de salud al tomar productos de seguro independientes entre si. Cabe resaltar que sabiendo sus graves padecimiento de salud, el señor González debió declarar y describir sus enfermedades en todas y cada uno de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

VIGESIMO: No es un hecho.

VIGESIMO PRIMERO: No es un hecho.

VIGESIMO SEGUNDO: No es un hecho.

VIGESIMO TERCERO: Como la parte demandante indica, No es un hecho.

VIGESIMO CUARTO: No es un hecho.

VIGESIMO QUINTO: No es cierto, me atengo a lo que se pruebe, pues el cálculo de dicho periodo de tiempo de prescripción solo se puede contar desde la fecha de la reclamación.

VIGESIMO SEXTO: No es cierto, me atengo a lo que se pruebe, pues el cálculo de dicho periodo de tiempo de prescripción solo se puede contar desde la fecha de la reclamación.

VIGESIMO SEPTIMO: No es cierto, me atengo a lo que se pruebe, pues el cálculo de dicho periodo de tiempo de prescripción solo se puede contar desde la fecha de la reclamación.

VIGESIMO OCTAVO: No es un hecho.

VIGESIMO NOVENO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el proceso, pero tal como admite la parte demandante, por la naturaleza de los créditos en discusión sólo el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. puede recibir una eventual indemnización, en su calidad de beneficiario oneroso y el seguro no puede ser fuente de enriquecimiento de cada uno de los demandantes.

TRIGESIMO: No es cierto, el único beneficiario oneroso es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y de ningún modo se puede concluir que los herederos del señor González tengan derecho a un enriquecimiento a partir de la muerte del señor González ya sea por pago de capital o por pago de intereses de mora.

TRIGESIMO PRIMERO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el proceso, respecto a las cuotas de los créditos pagadas con posterioridad a la muerte del señor González y a quien o quienes presuntamente pagaron dichas cuotas.

TRIGESIMO SEGUNDO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el proceso, respecto a las cuotas de los créditos pagadas con posterioridad a la muerte del señor González y a quien o quienes presuntamente pagaron dichas cuotas.

TRIGESIMO TERCERO: No es un hecho.

TRIGESIMO CUARTO: No es un hecho.

TRIGESIMO QUINTO: No es un hecho, sino una interpretación de la ley.

TRIGESIMO SEXTO: No es un hecho

TRIGESIMO SEPTIMO: No es un hecho

TRIGESIMO OCTAVO: No es un hecho y los perjuicios morales no están cubiertos en ninguna de las pólizas objeto de litigio.

TRIGESIMO NOVENO: No es un hecho.

CUADRAGESIMO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe.

CUADRAGESIMO PRIMERO: No es un hecho, es un requisito de procedibilidad.

CUADRAGESIMO SEGUNDO: No es un hecho.

CUADRAGESIMO TERCERO: No es un hecho.

Siendo pertinentes para el proceso, a continuación se agregan los siguientes

HECHOS ALEGADOS POR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

PRIMERO: El señor LUIS ENRIQUE GONZALEZ TRILLERAS (q.e.p.d), fue reticente e inexacto en las declaraciones de su estado de salud, suscritas el 1 de julio de 2015, el 15 de febrero de 2016 y el 31 de marzo de 2016¹ (sobre las cuales no existe duda respecto a su autenticidad, ni fueron tachadas de falsas por la parte demandante) por medio de las cuales solicitó aseguramiento a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. diligenciado unos cuestionarios o declaraciones de asegurabilidad, de acuerdo con lo expresado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en objeción del 8 de abril de 2021 (que se aporta como PRUEBA 3), en la que se informaron las razones que configuraron la grave reticencia del señor González, así: *“encontramos que el señor Luis Enrique González Trilleras tenía antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son **DM2 (diabetes mellitus tipo II)**, además, se evidencia **antecedentes médicos quirúrgicos de Revascularización Miocárdica en 2007. Dolor en el Pecho con factor de riesgo importante para enfermedad coronaria. Todas estas alteraciones y patologías son hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro De acuerdo con la historia clínica de la CLÍNICA AVIDANTI IBAGUÉ de febrero 01 de 2015”*** (negrilla fuera de texto). Este hecho además quedó probado y admitido en los hechos de la demanda y basta revisar las declaraciones de asegurabilidad correspondientes a las obligaciones 7730, 6551 y 9781, para concluir que en ninguno de estos documentos, el señor Gonzalez declaró sus enfermedades y antecedentes relevantes de salud.

SEGUNDO: El señor González fue reticente e inexacto al responder a los cuestionarios sobre su estado de salud, pues respondió negativamente a las siguientes preguntas (formuladas en cada una de las 3 declaraciones de asegurabilidad aportadas al expediente como PRUEBA 2):

2.1“Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?...Dolor de pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier

¹ De acuerdo con los documentos que obran como PRUEBA 3 en 3 partes.

enfermedad del corazón?” (Subrayado y negrilla fuera de texto), el señor González respondió que NO, pero sufría de DOLOR DE PECHO Y GRAVES ENFERMEDADES EN EL CORAZON. Lo anterior constituye una falta grave a la buena fe y habría llevado a la aseguradora a sustraerse de celebrar el contrato de seguro o a celebrarlo en condiciones más onerosas.

2.2. “Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?...Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino?” (Subrayado y negrilla fuera de texto), el señor González respondió que NO, pero sufría de DIABETES MELLITUS TIPO II. Lo anterior constituye una falta grave a la buena fe y habría llevado a la aseguradora a sustraerse de celebrar el contrato de seguro o a celebrarlo en condiciones más onerosas.

2.3. “Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?” (negrilla fuera de texto), el señor González respondió que NO, pero fue intervenido con una **Revascularización Miocárdica o cirugía de bypass en 2007²**. Lo anterior constituye una falta grave a la buena fe y habría llevado a la aseguradora a sustraerse de celebrar el contrato de seguro o a celebrarlo en condiciones más onerosas.

Respecto de lo anterior, era imposible que el señor González no recordara sus graves antecedentes de salud

Además de lo anterior, la presente contestación a la demanda planteada por los señores JENNY FIGUEROA DUARTE, LUIS ENRIQUE GONZALEZ FIGUEROA y DIANA JIMENA GONZALEZ FIGUEROA se basa en los fundamentos jurídicos y en las siguientes

OBJECION SOBRE EL JURAMENTO ESTIMATORIO

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la parte demandante, las cuales carecen de fundamentos jurídicos y fácticos.

No es admisible que el juramento estimatorio de la demanda se constituya por la suma de \$351.822.526,00 por las razones expuestas a continuación:

La cifra incluida en el juramento estimatorio corresponde a conceptos diferentes a los incluidos en las pretensiones de la demanda, pero de acuerdo con los certificados individuales aportados como PRUEBA 2, dichos valores asegurados suman hasta DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS (\$240.152.808,00), que es el máximo valor al que sin admitir responsabilidad, estaría obligada contractualmente mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A..

² “La cirugía de revascularización miocárdica (CRM), también llamada cirugía de bypass coronario, es un procedimiento médico para mejorar la irrigación del corazón. Puede ser necesaria cuando las arterias que irrigan sangre al tejido cardíaco, llamadas arterias coronarias, tienen un estrechamiento u obstrucción”.

2.) El contrato de seguro jamás puede ser fuente de enriquecimiento sin causa, razón por la cual se aportó la PRUEBA 2 en que consta que el valor asegurado máximo por el que eventualmente debe responder mi representada asciende a la suma de (\$240.152.808,00 y pretender el pago de una suma superior desborda la finalidad del contrato de seguro, que no puede ser objeto de enriquecimiento para el asegurado/beneficiario y carece de cualquier fundamento legal o contractual.

OPOSICION A CUALQUIER PRETENSION QUE SOLICITE LA PARTE DEMANDANTE

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la parte demandante llegue a solicitar de acuerdo con los fundamentos jurídicos y fácticos que se exponen a continuación.

EXCEPCIONES DE MERITO PRINCIPALES

1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD

Tal como se aprecia en las declaraciones de asegurabilidad aportadas con la presente contestación, el señor González omitió declarar sinceramente el estado del riesgo y se abstuvo de declarar que padecía de graves enfermedades como son la **diabetes mellitus tipo II y las enfermedades cardíacas que lo llevaron a practicarse una cirugía de bypass** lo cual padecía al menos ocho años antes de diligenciar los Formularios de Vinculación en que se le formularon cuestionarios sobre su estado de salud, lo que debe conducir a la nulidad del contrato de seguro y la pérdida de indemnización a su favor³. Además de lo anterior, en el hecho 14 de la demanda, la parte accionante reconoce que el señor González sufría de las patologías antes mencionadas.

Tal como se expresó en la objeción de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., debido a la reticencia del señor González, se objetó el pago de las pólizas de seguro en los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio que dicta:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.”

³ En Sentencia del 1 de septiembre de 2010, de la Corte Suprema de Justicia, con ponencia del Magistrado Edgardo Villamil Portilla y Radicado 05001-3103-001-2003-00400-01, la alta corte expresó: “Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad...se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo”

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo⁴”.

Es así como el señor demandante no contestó sinceramente a las preguntas: *“Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?...Dolor de pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón?”; Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino?”* y *“Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?”*, pese a que fue formulada de forma clara y está redactadas en un lenguaje sencillo, que podría entender perfectamente una persona sin conocimientos médicos.

Como puede notarse, en los formatos de declaración de asegurabilidad se incluye la siguiente certificación suscrita por el señor González: ***“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 comercio⁵”***, Además el señor González certificó haber recibido toda la información relativa al producto de seguros adquirido y en su clausulado en los que se aprecian múltiples advertencias de las consecuencias negativas de no declarar sinceramente el estado del riesgo.

El señor González, al guardar silencio sobre sus padecimientos, indujo a mi representada a un error que la hubiera retraído de celebrar el contrato o la habría llevado a cobrar una extraprima.

Si la aseguradora hubiera conocido el grave padecimiento del señor González antes de diligenciar el formulario de vinculación, esto habría influido directamente en la valoración del riesgo que asumió.

La aseguradora no está obligada a practicar un examen médico⁶, sino que conforme al principio de ubérrima buena fe que rige el contrato de seguro ***“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo⁷”***.

En conclusión y de acuerdo con las pruebas que se aportan al proceso, respetuosamente solicito al señor(a) juez que de por cierto el hecho de que i) el señor González contaba con

⁴ El Artículo 1058 del Código de Comercio fue declarado exequible por la Corte Constitucional en Sentencia C232 de 1997 (Subrayado fuera de texto)

⁵ Negrilla fuera de texto.

⁶ En Sentencia C 232 de 1997 la Corte Constitucional al analizar la exequibilidad del Artículo 1058 del Código de Comercio resaltó que el legislador *“se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles,... 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 el contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador”*

⁷ Artículo 1058 del Código de Comercio.

información de las graves enfermedades que padeció, lo cual era un hecho o circunstancia fundamental para determinar el estado del riesgo ii) las omisiones e inexactitudes en la información suministrada por el señor González, afectan gravemente el riesgo asegurado por mi representada y de haberse conocido, dicha aseguradora se habría abstenido de celebrar el contrato o hubiera pactado condiciones más onerosas.

Además de lo anterior, para la configuración de la reticencia consagrada en el Artículo 1058 del Código de Comercio, no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que omitió declarar el asegurado sean la causa de muerte o de incapacidad total o permanente

El contrato de seguro que se celebra basándose en un error que impacta el riesgo asegurado vicia el consentimiento de una de las partes (en este caso la compañía de seguros) y por esta razón dicho contrato debe ser declarado nulo⁸.

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

Tal como se evidencia en el Artículo 1059 del Código de Comercio que dicta: *“Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”* y considerando que en los hechos alegados por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., cuyo sustento probatorio fue aportado con el presente escrito, es indudable que de haberse conocido los antecedentes de salud del señor González (diabetes mellitus tipo II y graves afecciones cardíacas) era de suma gravedad; por lo anterior, muy respetuosamente solicito declarar probada esta excepción y autorizar la retención de primas a título de pena por parte de mi representada.

3. **INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE AUTOCUIDADO COMO CONSUMIDOR FINANCIERO.** El señor González, por su grado de escolaridad y su declarada experiencia como consumidor financiero, lo cual reconoce y confiesa la parte demandante en los hechos 8 y 14 de su demanda, es una persona que entendía perfectamente la importancia de declarar con sinceridad y de forma completa las circunstancias que afectaron su estado de salud al momento de solicitar la expedición de la póliza de seguro, pues había adquirido al menos 6 créditos con entidades financieras.

4. **GENERICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

⁸ De acuerdo con lo expresado por la Corte Constitucional en Sentencia T 437 DE 2014: *“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”*.

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley.

EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS

1. NO EXCEDER EL MAXIMO VALOR ASEGURADO Y/O EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACION

Sin que esta esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento en que el Despacho considere que la aseguradora tiene la obligación de pagar la indemnización a la parte demandante, solicito limitar dicha condena al saldo insoluto de la obligación garantizada y en todo caso no exceder el máximo valor asegurado.

MEDIOS DE PRUEBA

Para efectos de probar los fundamentos jurídicos y facticos que sustentan la presente contestación de la demanda, respetuosamente solicito se decreten como pruebas las siguientes:

1. PRUEBAS DOCUMENTALES

PRUEBA 1: Certificados Individuales, expedidos el 215 de marzo de 2023 por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., que obra en 3 partes y 3 folios utiles.

PRUEBA 2: Contratos de seguro (que incluyen declaraciones de asegurabilidad y clausulados) que obran en 3 partes y 10 folios útiles.

PRUEBA 3: Objeción al pago de las obligaciones 7730, 6651 y 9781 de fecha 8 de abril de 2021, que obra en 2 folios útiles.

Los documentos se aportan en copia simple, de acuerdo con lo señalado en el Artículo 246 del Código General del Proceso y solicito se tenga como prueba, los documentos allegados por la parte demandante.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

2.1 Comendidamente solicito se cite para que absuelvan interrogatorio de parte los señores JENNY FIGUEROA DUARTE, LUIS ENRIQUE GONZALEZ FIGUEROA y DIANA JIMENA GONZALEZ FIGUEROA en su calidad de Demandantes y

beneficiarios legales del señor LUIS ENRIQUE GONZALEZ TRILLERAS, a fin de que contesten el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación de la demanda y en general de todos los argumentos de hecho y fundamentos jurídicos expuestos en el presente litigio.

3. DECLARACION DE PARTE

3.1 De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 198 del Código General del Proceso solicito al despacho ordenar la citación del representante legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para que sea interrogado por la suscrita, sobre los hechos relacionados con el proceso tales como su conocimiento real del estado de salud al momento de expedir la póliza de seguro objeto de controversia.

4. TESTIMONIALES

4.1 Sírvase citar y hacer comparecer al doctor GABRIEL DUQUE, testigo y perito experto y profesional especializado en tarificación del mercado asegurador; quien, en su condición de médico, rinde dictámenes periciales sobre el impacto de la existencia de diferentes patologías en la tarificación de riesgos de aseguradoras y reaseguradoras.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que ilustra sobre como habría influido en las condiciones del contrato de seguro, el conocimiento de las patologías del señor González, así como la relevancia de las preexistencias médicas no declaradas en las condiciones económicas del contrato de seguro.

El doctor Duque es médico y podrá ser notificado en la Calle 95 No.14-45 Piso 8 de Bogotá, en el correo electrónico: gabriel.duque@syssas.com y en el teléfono celular 315-3875413

4.2 Sírvase citar y hacer comparecer a la doctora YEIMY ALEXANDRA QUECANO o a quien ocupa el cargo de Associate Business Execution, que en su calidad de miembro del equipo técnico de suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor González. Este testimonio se solicita igualmente para que se expliquen las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, las excepciones propuestas en el presente escrito.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi representada, en relación con la póliza de seguro referente a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor González, así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la asegurada, de cara al contrato de seguro que hace parte de este litigio.

La doctora Quecano o quién ocupe su cargo, podrá ser ubicada en las instalaciones de mi representada, ubicadas en la Carrera 7 No.71-52 Torre A Piso 12 de Bogotá y en el correo electrónico: judicialesseguros!bbva.com

5. DICTAMEN PERICIAL

En los términos del Artículo 227 del Código General del Proceso, ANUNCIAR una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para la Compañías de Seguro de Personas que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el presente litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la grave patología del señor González, se hubiera retraído de otorgar un amparo o esto la hubiera inducido a pactar condiciones más onerosas en la póliza. (ii) que las enfermedades padecidas y no informadas por el señor González tienen relevancia médica y técnica para determinar el estado del riesgo en el sector de seguros y para mi representada.

El dictamen pericial que aportaré es conducente, pertinente y útil para el litigio pues esta prueba acredita la relevancia técnica y médica que revestían los antecedentes médicos de la señora demandante, los cuales no declaró con sinceridad.

Comendidamente le solicito al señor Juez un término no menor a un (1) mes para aportar el dictamen pericial al proceso.

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas
2. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en que consta mi condición de apoderada general con representación legal
3. Copia de la Tarjeta Profesional de la suscrita
4. Copia de la Cédula de Ciudadanía de la suscrita

NOTIFICACIONES

La suscrita recibirá notificaciones en la Calle 147 número 7 -2- de la Ciudad de Bogotá y en el correo electrónico: garciapintoalba@gmail.com.

Mi representada recibirá notificaciones en la Carrera 7 número 71-52 Torre A Piso 12 de Bogotá y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com

Del Señor(a) Delegado(a), atentamente,

Alba Clemencia García Pinto

ALBA CLEMENCIA GARCIA PINTO

C.C. No.52267690 de Bogotá

T.P. No. 121.198 del C.S.J.

(Sin asunto)

alba garcia pinto <garciapintoalba@gmail.com>

Jue 8/06/2023 3:11 PM

Para:Juzgado 06 Civil Circuito - Tolima - Ibagué <j06cctoiba@cendoj.ramajudicial.gov.co>;fidesbonayprofesionales@gmail.com <fidesbonayprofesionales@gmail.com>;jefidua@hotmail.com <jefidua@hotmail.com>;artituturaenelcamino@gmail.com <artituturaenelcamino@gmail.com>;lucho991@hotmail.com <lucho991@hotmail.com>

📎 1 archivos adjuntos (330 KB)

contestacion reforma dda Jenny Figueroa y otros.pdf;

Bogotá D.C

Señores

JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO

Ibagué (Tolima)

Correos electrónicos: [J06cctoiba@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j06cctoiba@cendoj.ramajudicial.gov.co)

fidesbonayprofesionales@gmail.com

jefidua@hotmail.com

artituturaenelcamino@gmail.com

lucho991@hotmail.com

REF. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA POR RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.

EXPEDIENTE: 2023-00017

DEMANDANTE(S): JENNY FIGUEROA DUARTE, LUIS ENRIQUE GONZALEZ FIGUEROA y DIANA JIMENA GONZALEZ FIGUEROA.

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACION A LA REFORMA A LA DEMANDA

ALBA CLEMENCIA GARCIA PINTO, mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 52.267.690 expedida en Bogotá, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional número 121.198 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, obrando en mi calidad de apoderada especial con representación legal, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, que aporto al expediente, respetuosamente procedo a CONTESTAR A LA REFORMA A LA DEMANDA formulada por los señores JENNY FIGUEROA DUARTE, LUIS ENRIQUE GONZALEZ FIGUEROA y DIANA JIMENA GONZALEZ FIGUEROA en contra de mi representada, dentro de los términos legales del traslado de la misma.

Anuncio desde ahora que me opongo a las pretensiones de la parte demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

FRENTE A LOS FUNDAMENTOS FACTICOS FORMULADOS EN LA DEMANDA

-
PRIMERO: Me atengo a lo que se pruebe porque la parte demandante no especifica la obligación presuntamente asegurada. Además de lo anterior me permito advertir que si el crédito es del año 2015 el saldo insoluto de la obligación a la fecha del siniestro no coincide con el valor asegurado.

SEGUNDO: No es cierto de acuerdo con el Certificado individual que aporté con la contestación de la demanda, según la cual el valor asegurado de la póliza mencionada es de hasta \$197.640.392,00 y la póliza que amparaba la obligación de la obligación terminada en 7730, empezó a cubrir el riesgo desde el 7 de julio de 2015 y actualmente se encuentra vigente.

TERCERO: Me atengo a lo que se pruebe porque la parte demandante no especifica la obligación presuntamente asegurada. Además de lo anterior me permito advertir que si el crédito es del año 2016 el saldo insoluto de la obligación a la fecha del siniestro no coincide con el valor asegurado.

CUARTO: Es cierto, de acuerdo con el Certificado individual que aporto con el presente escrito como PRUEBA 1 parte 2, la póliza se expidió con un valor asegurado de hasta \$42.000.000,00 y estuvo vigente del 15 de febrero de 2016 hasta el 31 de marzo de 2022, fecha en que fue revocada por falta de pago.

QUINTO: No es cierto, de acuerdo con el Certificado individual que aporté con la contestación de la demanda, según la cual el valor asegurado de la póliza mencionada es de hasta \$512.416,00

SEXTO: No es cierto.

SEPTIMO: Me atengo a lo que se pruebe.

OCTAVO: Es cierto que el señor Luis Enrique González (q.e.p.d) contaba con experiencia como consumidor financiero. No me consta lo referente a sus calidades, pues es una valoración subjetiva de la parte demandante.

NOVENO: Me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

DECIMO: No es cierto que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. tiene la obligación de cancelar los créditos terminados en 7730, 6651 y 9781 puesto que el señor Luis Enrique González Trilleras (q.e.p.d) y sus beneficiarios, perdieron su derecho a ser indemnizados por la grave reticencia cometida al diligenciar los formularios de asegurabilidad que obran en el expediente pues fueron aportadas por la parte demandante y que se aportaron con la contestación de la demanda

DECIMO PRIMERO: Es cierto, que una de las demandantes (la señora Jenny Figueroa Duarte), presentó reclamación para el pago de las obligaciones objeto de litigio.

DECIMO SEGUNDO: Es cierto que la aseguradora objetó el pago de las obligaciones mencionadas en virtud de la facultad que otorga el Artículo 1058 del Código de Comercio, pues dicha compañía indago expresamente sobre las enfermedades mencionadas en la objeción y el señor González fue reticente al contestar que no padecía de ellas.

DECIMO TERCERO: No es un hecho es una interpretación legal de la parte demandante..

DECIMO CUARTO: No es cierto.

DECIMO QUINTO: No es objeto de litigio la obligación a la que hace referencia el demandante y cabe resaltar que cada contrato de seguro es independiente y accesorio a cada obligación de mutuo que cubre y el hecho de que en las declaraciones de asegurabilidad el señor González no respondió sinceramente a cada cuestionario de asegurabilidad, no lo exime de sufrir las consecuencias negativas de su grave omisión.

DECIMO SEXTO: No es objeto de litigio la obligación a la que hace referencia el demandante y cabe resaltar que cada contrato de seguro es independiente y accesorio a cada obligación de mutuo que cubre y el hecho de que en las declaraciones de asegurabilidad el señor González no respondió sinceramente a cada cuestionario de asegurabilidad, no lo exime de sufrir las consecuencias negativas de su grave omisión.

DECIMO SEPTIMO: No es objeto de litigio la obligación a la que hace referencia el demandante y cabe resaltar que cada contrato de seguro es independiente y accesorio a cada obligación de mutuo que cubre y el hecho de que en las declaraciones de asegurabilidad el señor González no respondió sinceramente a cada cuestionario de asegurabilidad, no lo exime de sufrir las consecuencias negativas de su grave omisión.

DECIMO OCTAVO: No es objeto de litigio la obligación a la que hace referencia el demandante y cabe resaltar que cada contrato de seguro es independiente y accesorio a cada obligación de mutuo que cubre y el hecho de que en las declaraciones de asegurabilidad el señor González no respondió sinceramente a cada cuestionario de asegurabilidad, no lo exime de sufrir las consecuencias negativas de su grave omisión.

DECIMO NOVENO: No es cierto, pues la salud de una persona puede mejorar o empeorar a través del tiempo y sería desproporcionado para la aseguradora indagar sobre el estado de salud de cada cliente analizando su condición de salud al tomar productos de seguro independientes entre si. Cabe resaltar que sabiendo sus graves padecimiento de salud, el señor González debió declarar y describir sus enfermedades en todas y cada uno de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

VIGESIMO: No es un hecho.

VIGESIMO PRIMERO: No es un hecho.

VIGESIMO SEGUNDO: No es un hecho.

VIGESIMO TERCERO: Como la parte demandante indica, No es un hecho.

VIGESIMO CUARTO: No es un hecho.

VIGESIMO QUINTO: No es cierto, me atengo a lo que se pruebe, pues el cálculo de dicho periodo de tiempo de prescripción solo se puede contar desde la fecha de la reclamación.

VIGESIMO SEXTO: No es cierto, me atengo a lo que se pruebe, pues el cálculo de dicho periodo de tiempo de prescripción solo se puede contar desde la fecha de la reclamación.

VIGESIMO SEPTIMO: No es cierto, me atengo a lo que se pruebe, pues el cálculo de dicho periodo de tiempo de prescripción solo se puede contar desde la fecha de la reclamación.

VIGESIMO OCTAVO: No es un hecho.

VIGESIMO NOVENO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el proceso, pero tal como admite la parte demandante, por la naturaleza de los créditos en discusión sólo el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. puede recibir una eventual indemnización, en su calidad de beneficiario oneroso y el seguro no puede ser fuente de enriquecimiento de cada uno de los demandantes.

TRIGESIMO: No es cierto, el único beneficiario oneroso es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y de ningún modo se puede concluir que los herederos del señor González tengan derecho a un enriquecimiento a partir de la muerte del señor González ya sea por pago de capital o por pago de intereses de mora.

TRIGESIMO PRIMERO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el proceso, respecto a las cuotas de los créditos pagadas con posterioridad a la muerte del señor González y a quien o quienes presuntamente pagaron dichas cuotas.

TRIGESIMO SEGUNDO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el proceso, respecto a las cuotas de los créditos pagadas con posterioridad a la muerte del señor González y a quien o quienes presuntamente pagaron dichas cuotas.

TRIGESIMO TERCERO: No es un hecho.

TRIGESIMO CUARTO: No es un hecho.

TRIGESIMO QUINTO: No es un hecho, sino una interpretación de la ley.

TRIGESIMO SEXTO: No es un hecho

TRIGESIMO SEPTIMO: No es un hecho

TRIGESIMO OCTAVO: No es un hecho y los perjuicios morales no están cubiertos en ninguna de las pólizas objeto de litigio.

TRIGESIMO NOVENO: No es un hecho.

CUADRAGESIMO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe.

CUADRAGESIMO PRIMERO: No es un hecho, es un requisito de procedibilidad.

CUADRAGESIMO SEGUNDO: No es un hecho.

CUADRAGESIMO TERCERO: No es un hecho.

Siendo pertinentes para el proceso, a continuación se agregan los siguientes

HECHOS ALEGADOS POR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

PRIMERO: El señor LUIS ENRIQUE GONZALEZ TRILLERAS (q.e.p.d), fue reticente e inexacto en las declaraciones de su estado de salud, suscritas el 1 de julio de 2015, el 15 de febrero de 2016 y el 31 de marzo de 2016^[1] (sobre las cuales no existe duda respecto a su autenticidad, ni fueron tachadas de falsas por la parte demandante) por medio de las cuales solicitó aseguramiento a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. diligenciado unos cuestionarios o declaraciones de asegurabilidad, de acuerdo con lo expresado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en objeción del 8 de abril de 2021 (que se aporta como PRUEBA 3), en la que se informaron las razones que configuraron la grave reticencia del señor González, así: *“encontramos que el señor Luis Enrique González Trilleras tenía antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad, como son **DM2 (diabetes mellitus tipo II)**, además, se evidencia **antecedentes médicos quirúrgicos de Revascularización Miocárdica en 2007. Dolor en el Pecho con factor de riesgo importante para enfermedad coronaria. Todas estas***

alteraciones y patologías son hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro De acuerdo con la historia clínica de la CLÍNICA AVIDANTI IBAGUÉ de febrero 01 de 2015” (negrilla fuera de texto). Este hecho además quedó probado y admitido en los hechos de la demanda y basta revisar las declaraciones de asegurabilidad correspondientes a las obligaciones 7730, 6551 y 9781, para concluir que en ninguno de estos documentos, el señor Gonzalez declaró sus enfermedades y antecedentes relevantes de salud.

SEGUNDO: El señor González fue reticente e inexacto al responder a los cuestionarios sobre su estado de salud, pues respondió negativamente a las siguientes preguntas (formuladas en cada una de las 3 declaraciones de asegurabilidad aportadas al expediente como PRUEBA 2):

2.1“*Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?...Dolor de pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón?*” (Subrayado y negrilla fuera de texto), el señor González respondió que NO, pero sufría de DOLOR DE PECHO Y GRAVES ENFERMEDADES EN EL CORAZON. Lo anterior constituye una falta grave a la buena fe y habría llevado a la aseguradora a sustraerse de celebrar el contrato de seguro o a celebrarlo en condiciones más onerosas.

2.2.“*Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?...Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino?*” (Subrayado y negrilla fuera de texto), el señor González respondió que NO, pero sufría de DIABETES MELLITUS TIPO II. Lo anterior constituye una falta grave a la buena fe y habría llevado a la aseguradora a sustraerse de celebrar el contrato de seguro o a celebrarlo en condiciones más onerosas.

2.3.“*Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?*” (negrilla fuera de texto), el señor González respondió que NO, pero fue intervenido con una Revascularización Miocárdica o cirugía de bypass en 2007^[2]. Lo anterior constituye una falta grave a la buena fe y habría llevado a la aseguradora a sustraerse de celebrar el contrato de seguro o a celebrarlo en condiciones más onerosas.

Respecto de lo anterior, era imposible que el señor González no recordara sus graves antecedentes de salud

Además de lo anterior, la presente contestación a la demanda planteada por los señores JENNY FIGUEROA DUARTE, LUIS ENRIQUE GONZALEZ FIGUEROA y DIANA JIMENA GONZALEZ FIGUEROA se basa en los fundamentos jurídicos y en las siguientes

OBJECION SOBRE EL JURAMENTO ESTIMATORIO

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la parte demandante, las cuales carecen de fundamentos jurídicos y fácticos.

No es admisible que el juramento estimatorio de la demanda se constituya por la suma de \$351.822.526,00 por las razones expuestas a continuación:

La cifra incluida en el juramento estimatorio corresponde a conceptos diferentes a los incluidos en las pretensiones de la demanda, pero de acuerdo con los certificados individuales aportados como PRUEBA 2, dichos valores asegurados suman hasta DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS (\$240.152.808,00), que es el máximo valor al que sin admitir responsabilidad, estaría obligada contractualmente mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A..

2.) El contrato de seguro jamás puede ser fuente de enriquecimiento sin causa, razón por la cual se aportó la PRUEBA 2 en que consta que el valor asegurado máximo por el que eventualmente debe responder mi representada asciende a la suma de (\$240.152.808,00 y pretender el pago de una suma superior desborda la finalidad del contrato de seguro, que no puede ser objeto de enriquecimiento para el asegurado/beneficiario y carece de cualquier fundamento legal o contractual.

OPOSICION A CUALQUIER PRETENSION QUE SOLICITE LA PARTE DEMANDANTE

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la parte demandante llegue a solicitar de acuerdo con los fundamentos jurídicos y fácticos que se exponen a continuación.

EXCEPCIONES DE MERITO PRINCIPALES

1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD

Tal como se aprecia en las declaraciones de asegurabilidad aportadas con la presente contestación, el señor González omitió declarar sinceramente el estado del riesgo y se abstuvo de declarar que padecía de graves enfermedades como son la **diabetes mellitus tipo II y las enfermedades cardíacas que lo llevaron a practicarse una cirugía de bypass** lo cual padecía al menos ocho años antes de diligenciar los Formularios de Vinculación en que se le formularon cuestionarios sobre su estado de salud, lo que debe conducir a la nulidad del contrato de seguro y la pérdida de indemnización a su favor^[3]. Además de lo anterior, en el hecho 14 de la demanda, la parte accionante reconoce que el señor González sufría de las patologías antes mencionadas.

Tal como se expresó en la objeción de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., debido a la reticencia del señor González, se objetó el pago de las pólizas de seguro en los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio que dicta:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo^[4]”.

Es así como el señor demandante no contestó sinceramente a las preguntas: *“Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?...Dolor de pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón?”; Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino?” y “Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?”, pese a que fue formulada de forma clara y está redactadas en un lenguaje sencillo, que podría entender perfectamente una persona sin conocimientos médicos.*

Como puede notarse, en los formatos de declaración de asegurabilidad se incluye la siguiente certificación suscrita por el señor González: ***“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^[5]”***, Además el señor González certificó haber recibido toda la información relativa al producto de seguros adquirido y en su clausulado

en los que se aprecian múltiples advertencias de las consecuencias negativas de no declarar sinceramente el estado del riesgo.

El señor González, al guardar silencio sobre sus padecimientos, indujo a mi representada a un error que la hubiera retraído de celebrar el contrato o la habría llevado a cobrar una extraprima.

Si la aseguradora hubiera conocido el grave padecimiento del señor González antes de diligenciar el formulario de vinculación, esto habría influido directamente en la valoración del riesgo que asumió.

La aseguradora no está obligada a practicar un examen médico^[6], sino que conforme al principio de ubérrima buena fe que rige el contrato de seguro "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo"^[7].

En conclusión y de acuerdo con las pruebas que se aportan al proceso, respetuosamente solicito al señor(a) juez que de por cierto el hecho de que i) el señor González contaba con información de las graves enfermedades que padeció, lo cual era un hecho o circunstancia fundamental para determinar el estado del riesgo ii) las omisiones e inexactitudes en la información suministrada por el señor González, afectan gravemente el riesgo asegurado por mi representada y de haberse conocido, dicha aseguradora se habría abstenido de celebrar el contrato o hubiera pactado condiciones más onerosas.

Además de lo anterior, para la configuración de la reticencia consagrada en el Artículo 1058 del Código de Comercio, no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que omitió declarar el asegurado sean la causa de muerte o de incapacidad total o permanente

El contrato de seguro que se celebra basándose en un error que impacta el riesgo asegurado vicia el consentimiento de una de las partes (en este caso la compañía de seguros) y por esta razón dicho contrato debe ser declarado nulo^[8].

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

Tal como se evidencia en el Artículo 1059 del Código de Comercio que dicta: "*Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena*" y considerando que en los hechos alegados por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., cuyo sustento probatorio fue aportado con el presente escrito, es indudable que de haberse conocido los antecedentes de salud del señor González (diabetes mellitus tipo II y graves afecciones cardíacas) era de suma gravedad; por lo anterior, muy respetuosamente solicito declarar probada esta excepción y autorizar la retención de primas a título de pena por parte de mi representada.

3. INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE AUTOCUIDADO COMO CONSUMIDOR FINANCIERO. El señor González, por su grado de escolaridad y su declarada experiencia como consumidor financiero, lo cual reconoce y confiesa la parte demandante en los hechos 8 y 14 de su demanda, es una persona que entendía perfectamente la importancia de declarar con sinceridad y de forma completa las circunstancias que afectaron su estado de salud al momento de solicitar la expedición de la póliza de seguro, pues había adquirido al menos 6 créditos con entidades financieras.

4. **GENERICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley.

EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS

1. **NO EXCEDER EL MAXIMO VALOR ASEGURADO Y/O EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACION**

Sin que esta esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento en que el Despacho considere que la aseguradora tiene la obligación de pagar la indemnización a la parte demandante, solicito limitar dicha condena al saldo insoluto de la obligación garantizada y en todo caso no exceder el máximo valor asegurado.

MEDIOS DE PRUEBA

Para efectos de probar los fundamentos jurídicos y facticos que sustentan la presente contestación de la demanda, respetuosamente solicito se decreten como pruebas las siguientes:

1. **PRUEBAS DOCUMENTALES**

PRUEBA 1: Certificados Individuales, expedidos el 215 de marzo de 2023 por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., que obra en 3 partes y 3 folios útiles.

PRUEBA 2: Contratos de seguro (que incluyen declaraciones de asegurabilidad y clausulados) que obran en 3 partes y 10 folios útiles.

PRUEBA 3: Objeción al pago de las obligaciones 7730, 6651 y 9781 de fecha 8 de abril de 2021, que obra en 2 folios útiles.

Los documentos se aportan en copia simple, de acuerdo con lo señalado en el Artículo 246 del Código General del Proceso y solicito se tenga como prueba, los documentos allegados por la parte demandante.

2. **INTERROGATORIO DE PARTE**

2.1 Comedidamente solicito se cite para que absuelvan interrogatorio de parte los señores JENNY FIGUEROA DUARTE, LUIS ENRIQUE GONZALEZ FIGUEROA y DIANA JIMENA GONZALEZ FIGUEROA en su calidad de Demandantes y beneficiarios legales del señor LUIS ENRIQUE GONZALEZ TRILLERAS, a fin de que contesten el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación de la demanda y en general de todos los argumentos de hecho y fundamentos jurídicos expuestos en el presente litigio.

3. **DECLARACION DE PARTE**

3.1 De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 198 del Código General del Proceso solicito al despacho ordenar la citación del representante legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para que sea interrogado por la suscrita, sobre los hechos relacionados con el proceso tales como su conocimiento real del estado de salud al momento de expedir la póliza de seguro objeto de controversia.

4. TESTIMONIALES

4.1 Sírvase citar y hacer comparecer al doctor GABRIEL DUQUE, testigo y perito experto y profesional especializado en tarificación del mercado asegurador; quien, en su condición de médico, rinde dictámenes periciales sobre el impacto de la existencia de diferentes patologías en la tarificación de riesgos de aseguradoras y reaseguradoras.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que ilustra sobre como habría influido en las condiciones del contrato de seguro, el conocimiento de las patologías del señor González, así como la relevancia de las preexistencias médicas no declaradas en las condiciones económicas del contrato de seguro.

El doctor Duque es médico y podrá ser notificado en la Calle 95 No.14-45 Piso 8 de Bogotá, en el correo electrónico: gabriel.duque@[syssas.com](mailto:gabriel.duque@syssas.com) y en el teléfono celular 315-3875413

4.2 Sírvase citar y hacer comparecer a la doctora YEIMY ALEXANDRA QUECANO o a quien ocupa el cargo de Associate Business Execution, que en su calidad de miembro del equipo técnico de suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor González. Este testimonio se solicita igualmente para que se expliquen las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, las excepciones propuestas en el presente escrito.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi representada, en relación con la póliza de seguro referente a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor González, así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la asegurada, de cara el contrato de seguro que hace parte de este litigio.

La doctora Quecano o quién ocupe su cargo, podrá ser ubicada en las instalaciones de mi representada, ubicadas en la Carrera 7 No.71-52 Torre A Piso 12 de Bogotá y en el correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

5. DICTAMEN PERICIAL

En los términos del Artículo 227 del Código General del Proceso, ANUNCIAR una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para la Compañías de Seguro de Personas que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el presente litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la grave patología del señor González, se hubiera retraído de otorgar un amparo o esto la hubiera inducido a pactar condiciones más onerosas en la póliza. (ii) que las enfermedades padecidas y no informadas por el señor González tienen relevancia médica y técnica para determinar el estado del riesgo en el sector de seguros y para mi representada.

El dictamen pericial que aportaré es conducente, pertinente y útil para el litigio pues esta prueba acredita la relevancia técnica y médica que revestían los antecedentes médicos de la señora

demandante, los cuales no declaró con sinceridad.

Comedidamente le solicito al señor Juez un término no menor a un (1) mes para aportar el dictamen pericial al proceso.

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas
2. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en que consta mi condición de apoderada general con representación legal
3. Copia de la Tarjeta Profesional de la suscrita
4. Copia de la Cédula de Ciudadanía de la suscrita

NOTIFICACIONES

La suscrita recibirá notificaciones en la Calle 147 número 7 -2- de la Ciudad de Bogotá y en el correo electrónico: garciapintoalba@gmail.com.

Mi representada recibirá notificaciones en la Carrera 7 número 71-52 Torre A Piso 12 de Bogotá y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com

Del Señor(a) Delegado(a), atentamente,

ALBA CLEMENCIA GARCIA PINTO
C.C. No.52267690 de Bogotá
T.P. No. 121.198 del C.S.J.

[1] De acuerdo con los documentos que obran como PRUEBA 3 en 3 partes.

[2] *“La cirugía de revascularización miocárdica (CRM), también llamada cirugía de bypass coronario, es un procedimiento médico para mejorar la irrigación del corazón. Puede ser necesaria cuando las arterias que irrigan sangre al tejido cardíaco, llamadas arterias coronarias, tienen un estrechamiento u obstrucción”.*

[3] En Sentencia del 1 de septiembre de 2010, de la Corte Suprema de Justicia, con ponencia del Magistrado Edgardo Villamil Portilla y Radicado 05001-3103-001-2003-00400-01, la alta corte expresó: *“Visto el caso de ahora, emerge nitidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad...se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo”*

[4] El Artículo 1058 del Código de Comercio fue declarado exequible por la Corte Constitucional en Sentencia C232 de 1997 (Subrayado fuera de texto)

[5] Negrilla fuera de texto.

[6] En Sentencia C 232 de 1997 la Corte Constitucional al analizar la exequibilidad del Artículo 1058 del Código de Comercio resaltó que el legislador *“se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles,... 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 el contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador”*

[7] Artículo 1058 del Código de Comercio.

[8] De acuerdo con lo expresado por la Corte Constitucional en Sentencia T 437 DE 2014: *“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”*.