



Ibagué, veinte (20) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

Radicación : [73-001-40-03-001-2020-00311-00](#)
Clase de proceso : **PROCESO ORDINARIO INCUMPLIMIENTO
DE CONTRATO DE SEGUROS DE VIDA**
Demandante : **LIBIA BUENDIA RODRIGUEZ**
Demandado : **BBVA SEGUROS S.A.**

Téngase por contestada la demanda por parte de la entidad demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** quien lo hace por intermedio de apoderado judicial.

De otra parte:

Del anterior escrito de excepciones de mérito propuestas por la entidad demandada, córrase traslado a la parte actora por el término de cinco (05) días, para que se pronuncie sobre ellas, adjunte y pida las pruebas que pretenda hacer valer.

NOTIFÍQUESE.

JUAN CARLOS CLAVIJO GONZÁLEZ
Juez

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUÉ

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO ORDINARIO INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO
SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO: 73001400300120200031100
DEMANDANTE: LIBIA BUENDÍA RODRÍGUEZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar. Comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora Libia Buendía Rodríguez en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones del Demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

AL HECHO SEGUNDO: No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, solicito al Honorable Despacho que tenga en consideración que tal como lo enuncia la Demandante, con ocasión a la obligación terminada en **321184 se suscribieron nuevos documentos. Así las cosas, llama la atención como la demandante

reconoce que la obligación **321184 se adquirió en el año 2017 y en esa fecha se adquirió la póliza que respalda dicha obligación y sin embargo, aportó una declaración de asegurabilidad que corresponde a la obligación ***273914 que fue suscrita en el año 2013, induciendo a error al Honorable Despacho.

DATOS DEL ASEGURADO						
NOMBRES Y APELLIDOS				IDENTIFICACIÓN C.C O NIT		
MARY BUENDIA RODRIGUEZ				000000038216214 1		
FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES	DÍA	EDAD	SEXO
		1948	10	23	065	F
DIRECCIÓN			TELÉFONO		CIUDAD	
CRA CARRERA 004 008 023 APARTAMEN			000316-6166175		IBAGUE	
PROFESIÓN				OCUPACIÓN		
EDUCADOR				EDUCADOR		
TASA	PRIMA EXTRA	ANEXOS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.	Valor de la Obligación (Valor Asegurado)	
23.516		Si	No	00130636009600273914	\$5,000,000.0	
POR MIL	%					

De la declaración de asegurabilidad que se aportó al Despacho y que se citó anteriormente, se observa que se trata de una obligación distinta a la que encuentra reclamando la Demandante en este proceso judicial. Incluso, la narrativa de los hechos reconoce que la obligación que se reclama en este proceso es la terminada en **1184, que fue adquirida en 2017. Razón por la cual, resulta incoherente hablar de una obligación que fue adquirida en el año 2013 cuando no es ese el objeto del litigio

AL HECHO TERCERO: No es cierta tal afirmación, pues la Accionante pretende endilgar la Compañía Aseguradora una obligación de practicar exámenes médicos en la etapa precontractual del contrato de seguro, frente a lo cual debe decirse que la jurisprudencia y la doctrina han sido enfáticas en establecer que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

De manera que resulta desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a profundidad más adelante, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, en las excepciones de esta contestación también se evidenciará cómo los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la

exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando. Máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

AL HECHO CUARTO: Los hechos aquí referidos no son objeto de pronunciamiento, como quiera que estos no sirven de fundamento a las pretensiones, pues aducen relaciones comerciales independientes a las que aquí se discuten. Aunado a lo anterior, solicito al Honorable Despacho tener en consideración desde este momento que lo que aquí se arguye es la inexactitud de la declaración del estado de salud de la señora Mary Buendía Rodríguez en el momento de perfeccionar el aseguramiento el 26 de julio de 2017, como quiera que la entonces Asegurada omitió indicar que desde noviembre de 2015 le había sido diagnosticado Cáncer en la mama derecha, incumpliendo el deber precontractual previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

AL HECHO QUINTO: Es cierto que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores que amparaba la obligación terminada en ***321184, fue objetada por mi representada bajo el siguiente fundamento:

“Respetados Señores:

Una vez analizados los documentos aportados para la reclamación relativa al seguro de vida grupo deudores, afectando el amparo de Vida Básico por el fallecimiento del asegurado de la referencia, hecho ocurrido el 13 de febrero de 2019, nos permitimos manifestar lo siguiente:

De acuerdo con la Historia Clínica de la Clínica Virrey Solís del 20 de octubre de 2018. Encontramos que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D), tenía antecedentes patológicos de Cáncer de Mama diagnosticado desde el 16 de diciembre de 2015. Hecho relevante que no fue declarado y que motiva la objeción al pago del respectivo seguro.”

Lo anterior, por cuanto en el momento en que se perfeccionó el aseguramiento el 26 de julio de 2017, la señora Mary Buendía Rodríguez faltó a la verdad al no informar que en noviembre de 2015, le había sido diagnosticado cáncer en la mama derecha. Así las cosas, es claro que en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, mi representada no

tenía otro camino que objetarla solicitud elevada, pues era evidente que la entonces Asegurada (Q.E.P.D.) omitió el deber precontractual de información a su cargo.

Aunado a lo anterior, solicito al Honorable Despacho tener en consideración que en este asunto sólo se está discutiendo el cumplimiento de las obligaciones precontractuales y contractuales con relación al contrato de seguro contenido en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. ***32353. Razón por la cual, es evidente la imprecisión en la que incurre la Demandante al referirse a contratos que no tienen relación con el asunto y que corresponden a una época diferente en la que se perfeccionó el aseguramiento que aquí se discute.

AL HECHO SEXTO: No es cierto que la objeción tenga como fundamento el documento denominado “SOLICITUD/ CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA NO 0110043” que se encuentre vigente desde el año 2013. Pues la declaración de asegurabilidad suscrita en el año 2013 corresponde a una obligación diferente a la que se discute en este caso. Por el contrario, la objeción emitida por mi representada es completamente clara en indicar que se presenta objeción al pago por reticencia en la información diligenciada en la declaración de asegurabilidad del seguro de vida deudores suscrita el 27 de julio de 2017, en la que omitió declarar el cáncer de mama que padecía desde el año 2015, como se observa:

Teniendo en cuenta que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D), al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida deudores el día 27 de Julio de 2017, omitió declarar dicha patología relevante, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Atentamente,



Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Transcripción esencial: *“Teniendo en cuenta que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.), al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida deudores el día 27 de julio de 2017, omitió declarar dicha patología relevante, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentado en defensa de nuestros intereses”.*

De manera que en ningún caso puede confundirse una declaración de asegurabilidad que corresponde a otra obligación, con la que se reclama en el presente caso, pues para la fecha en que la señora Mary Buendía suscribió la declaración de asegurabilidad para vincularse a la póliza de vida grupo deudores que respaldó la obligación terminada en **9600321184, esto es, el 26 de julio de 2017, la señora Buendía ya había sido diagnosticada con cáncer de mama desde al menos el año 2015.

En este sentido y como se expondrá a continuación, negar a mi representada su padecimiento constituye una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la Asegurada (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido de una enfermedad de tal magnitud que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que la señora Mary Buendía Díaz conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio de 2017, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Aunado a lo anterior, debe tener en consideración el Honorable Despacho que la jurisprudencia ha sido enfática en determinar que el no existe un deber de inspección a cargo de la Compañía Aseguradora. Incluso, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio en ningún caso se impone tal deber al asegurador. Por el contrario, es la asegurada quien tenía un deber precontractual y frente a su incumplimiento, la ley comercial castiga esa falta a la verdad con la nulidad del contrato de seguro.

En resumen, la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido del Cáncer de Mama con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la Asegurada (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

AL HECHO SÉPTIMO: No es cierto que exista un incumplimiento del contrato de seguro imputable a mi prohijada, por el contrario de la lectura de la historia clínica de la señora

Libia Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) es evidente que quien incumplió los deberes a su cargo fue la entonces asegurada, pues omitió indicar a la compañía aseguradora que desde el año 2015 había sido diagnosticada con cáncer en la mama derecha, pese a que para el momento en que se perfeccionó el aseguramiento el 26 de julio de 2017, había transcurrido dos (2) años desde el diagnóstico. Sobre el particular se destaca que el incumplimiento antes descrito en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, deriva en la nulidad del contrato de seguro.

Teniendo en cuenta que estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la Asegurada (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido una enfermedad que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocida en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que la señora Mary Buendía Díaz conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio de 2017, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Aunado a lo anterior, debe tener en consideración el Honorable Despacho que la jurisprudencia ha sido enfática en determinar que el no existe un deber de inspección a cargo de la Compañía Aseguradora. Incluso, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio en ningún caso se impone tal deber al asegurador. Por el contrario, es la asegurada quien tenía un deber precontractual y frente a su incumplimiento, la ley comercial castiga esa falta a la verdad con la nulidad del contrato de seguro.

En resumen, la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido del Cáncer de Mama con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la Asegurada (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Por lo anterior, es claro que no hay un incumplimiento a cargo de mi representada.

AL HECHO OCTAVO: No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite, teniendo en cuenta que el Banco BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad diferente de mi representada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin. Lo anterior, sin perjuicio de que no exista obligación indemnizatoria a cargo de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., se aclara que el valor asegurado en dicha póliza no es otro, sino el saldo insoluto de la obligación a la fecha del fallecimiento.

AL HECHO NOVENO: No es cierto que la señora Libia Buendía Rodríguez tenga interés legítimo, como quiera que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurada en la póliza.

Adicionalmente, resulta necesario indicar que la señora Libia Buendía Rodríguez no está legitimada para reclamar la efectividad del seguro, como quiera que no es parte en el contrato de seguro, al no ser tomadora, beneficiaria, ni asegurada.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que, el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado la señora Libia Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co., como consecuencia de la reticencia con la que este último suscribió el certificado individual de seguro.

OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES PRINCIPALES

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN PRIMERA. En efecto, me opongo a la **PRIMERA** pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable declarar incumplimiento a cargo de mi representada ni de exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- **Nulidad del contrato de seguro:** Así como tampoco puede perderse de vista que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y

antecedentes, sin embargo los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido el cáncer de mama derecha, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora Buendía Rodríguez para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedad y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patología (cáncer de mama) y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

- *Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro*

La acción derivada del contrato de seguro está prescrita, en tanto, si bien es cierto que el fallecimiento de la señora Mary Buendía Rodríguez ocurrió el 13 de febrero de 2019 y si bien la demanda fue radicada el 24 de septiembre de 2020, lo cierto es que la misma no interrumpió la prescripción en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso, porque pasó más de un año desde la admisión de la demanda (01 de octubre de 2020) hasta la fecha en que efectivamente se notificó a la compañía aseguradora, esto es, el 23 de mayo de 2022, fecha en que mi prohijada accedió al expediente digital. Así las cosas, resulta claro que en los términos del artículo 1081, la acción derivada del contrato está prescrita como quiera que transcurrieron más de dos años entre el fallecimiento de la entonces Asegurada y la notificación del auto admisorio de la demanda.

- *Falta de legitimación en la causa por activa de la señora Libia Buendía*

La señora Libia Buendía NO es beneficiaria, asegurada, ni tomadora de la póliza de seguro; y en ese sentido, no se encuentra legitimada en la causa para reclamar o hacer exigibles las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, el único legitimado para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado, es aquella que ostente la calidad de tomador y beneficiario del mismo; para el caso que nos asiste, implica que el cumplimiento del

contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por el Banco BBVA Colombia S.A.

Así, como se observa, el único beneficiario de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. . 021050000032353 es Banco BBVA Colombia S.A., quien fue la entidad que desembolsó el crédito respaldado por la póliza. Así entonces, no se encuentra en la póliza ninguna mención respecto de la señora Libia Buendía Rodríguez como beneficiario o como alguna otra parte habilitada para reclamar. De manera que la Demandante, no puede en rigor procurar una indemnización con cargo a la póliza No. 021050000032353 cuando únicamente las partes del contrato de seguro son las que se encuentran legitimadas para solicitar el cumplimiento de las obligaciones que dimanen directamente del contrato.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. En efecto, me opongo a la **SEGUNDA** pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- *Nulidad del contrato de seguro:* Así como tampoco puede perderse de vista que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido el cáncer de mama derecha, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora Buendía Rodríguez para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedad y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patología (cáncer de mama) y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro

La acción derivada del contrato de seguro está prescrita, en tanto, si bien es cierto que el fallecimiento de la señora Mary Buendía Rodríguez ocurrió el 13 de febrero de 2019 y si bien la demanda fue radicada el 24 de septiembre de 2020, lo cierto es que la misma no interrumpió la prescripción en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso, porque pasó más de un año desde la admisión de la demanda (01 de octubre de 2020) hasta la fecha en que efectivamente se notificó a la compañía aseguradora, esto es, el 23 de mayo de 2022, fecha en que mi prohijada accedió al expediente digital. Así las cosas, resulta claro que en los términos del artículo 1081, la acción derivada del contrato está prescrita como quiera que transcurrieron más de dos años entre el fallecimiento de la entonces Asegurada y la notificación del auto admisorio de la demanda.

- Falta de legitimación en la causa por activa de la señora Libia Buendía

La señora Libia Buendía NO es beneficiaria, asegurada, ni tomadora de la póliza de seguro; y en ese sentido, no se encuentra legitimada en la causa para reclamar o hacer exigibles las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, el único legitimado para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado, es aquella que ostente la calidad de tomador y beneficiario del mismo; para el caso que nos asiste, implica que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por el Banco BBVA Colombia S.A.

Así, como se observa, el único beneficiario de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 021050000032353 es Banco BBVA Colombia S.A., quien fue la entidad que desembolsó el crédito respaldado por la póliza. Así entonces, no se encuentra en la póliza ninguna mención respecto de la señora Libia Buendía Rodríguez como beneficiario o como alguna otra parte habilitada para reclamar. De manera que la Demandante, no puede en rigor procurar una indemnización con cargo a la póliza No. 021050000032353 cuando únicamente las partes del contrato de seguro son las que se encuentran legitimadas para solicitar el cumplimiento de las obligaciones que dimanen directamente del contrato.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN TERCERA. ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es consecuencial de la anterior y como aquella no tiene vocación de prosperidad esta tampoco. Lo anterior, toda vez que no es jurídicamente admisible declarar responsabilidad a cargo de mi prohijada y mucho menos determinar un incumplimiento a su cargo por las siguientes razones:

- **Improcedencia del reconocimiento de DAÑO EMERGENTE:** en relación con la carga probatoria que recae en este caso en la parte Demandante, se puede observar que en

el expediente no obra prueba alguna que acredite las erogaciones estimadas en \$870,488 con ocasión al supuesto incumplimiento de mi prohijada. Sobre el particular, es necesario indicar que no se aportó prueba alguna que acredite que la demandante haya sufrido una afectación en su patrimonio por el supuesto incumplimiento de mi prohijada. Como no hay prueba de las supuestas erogaciones, la consecuencia jurídica a la falta al deber probatorio en cabeza de la parte Demandante es en términos de la Corte Suprema de Justicia la negación de la pretensión. En otras palabras, no puede presumirse el daño emergente alegado por la parte actora sin que su dicho sea sustentado mediante prueba o elemento de juicio suficiente para acreditar la cuantía de la pérdida que alega.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN CUARTA. ME OPONGO, a esta pretensión como quiera que no tiene vocación de prosperidad, en tanto no es jurídicamente procedente, por las siguientes razones:

En primer lugar, como quiera que no se tienen los presupuestos para declarar un incumplimiento, no procede el reconocimiento de perjuicio alguno. Máxime, cuando se encuentra acreditado la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido el cáncer de mama derecha, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora Buendía Rodríguez para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedad y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Dicho lo anterior, es pertinente hacer hincapié en que la Demandante no aportó ninguna clase de soporte probatorio mediante el cual se diagnostique una afectación real que haya resultado como consecuencia de las actuaciones de mi representada, que dé lugar al reconocimiento del perjuicio moral que se pretende. De modo que, sin nexo de causalidad, sin daño debidamente acreditado y evidenciado el actuar diligente, de ninguna manera emerge responsabilidad civil, ni obligación indemnizatoria en cabeza de mi representada.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN QUINTO. En efecto, me opongo a la pretensión quinta por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro

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

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto el juramento estimatorio presentado por la Demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, en cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, objeto su cuantía en atención a que la parte demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso.

En primer lugar, no puede perderse de vista que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido en cáncer de seno con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora Buendía Rodríguez para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Aunado a lo anterior, en cuanto a la categoría de daño emergente objeto su cuantía en atención a que la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización deprecia. En el presente proceso no se encuentra prueba idónea que acredite que la Demandante incurrió en una pérdida patrimonial con ocasión al supuesto incumplimiento, máxime cuando es evidente que el único incumplimiento que se dio fue por parte de la señora Mary Buendía Rodríguez cuando faltó a la verdad respecto de su estado de salud. En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte Demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos.

Así mismo, es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa

por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que la Demandante no se encuentra legitimada en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente. En consecuencia, no puede pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

Finalmente, sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada y únicamente en el remoto e hipotético evento en el que el Honorable Juez considere que sí se debe hacer efectiva la póliza materia de litigio. De todos modos deberá tomar en consideración que el único beneficiario de la misma es el Banco BBVA Colombia S.A. En consecuencia, no es jurídicamente viable declarar que la Compañía de Seguros debe pagarle rubro alguno a la Demandante, pues se reitera, el único beneficiario a título oneroso del Contrato Vida Grupo Deudores es el Establecimiento Bancario BBVA.

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.

Es fundamental que desde ahora el Honorable Despacho tome en consideración que la Asegurada, la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.), fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”¹. (Subrayado fuera del texto original)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo error en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”²
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

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

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

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

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

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.⁴”
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador,** puesto que a éste no se lo puede obligar a*

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

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la uberrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras

palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 26 de julio de 2017, fecha en la cual la Asegurada (Q.E.P.D) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Aunado a lo anterior, se advierte al Despacho desde este momento que la declaración de asegurabilidad aportada por la Demandante no corresponde al certificado diligenciado por la Asegurada (Q.E.P.D.) con ocasión a la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 021050000032353 que amparaba la obligación **9600321184. Como quiera que dicho certificado aportado por la Actora a este proceso, corresponde a una obligación totalmente distinta a la que se encuentra reclamando en el presente proceso judicial:

DATOS DEL ASEGURADO					
NOMBRES Y APELLIDOS				IDENTIFICACIÓN C.C O NIT	
MARY BUENDIA RODRIGUEZ				000000038216214 1	
FECHA DE NACIMIENTO	AÑO	MES	DÍA	EDAD	SEXO
	1948	10	23	065	F
DIRECCIÓN			TELÉFONO	CIUDAD	
CRA CARRERA 004 008 023 APARTAMEN			000316-6166175	IBAGURÉ	
PROFESIÓN			OCUPACIÓN		
EDUCADOR			EDUCADOR		
TASA	PRIMA EXTRA	ANEXOS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.	Valor de la Obligación (Valor Asegurado)
23.516					
POR MIL	%	Si	No		
				00130636009600273914	\$5.000.000.0

Así las cosas, resulta claro que la declaración de asegurabilidad aportada no corresponde a la que se diligenció con ocasión a la Póliza de Seguro que amparó obligación ***1184, el 26 de julio de 2017. Así mismo, no guarda ninguna relación lo relatado con los hechos de la demanda y las pruebas aportadas. Sobre el particular, se advierte que la Demandante indicó que la obligación **1184 se adquirió en el año 2017. Por lo que si la demandante sabe que esa obligación se adquirió desde 2017 y que se firmaron nuevos pagarés y pólizas en dicha obligación, llama la atención que allegue al proceso una declaración vinculada a otra obligación, que además fue suscrita en 2013.

Aclarado lo anterior, debe decirse que el día 26 de julio de 2017 se diligenció la certificación de asegurabilidad vinculada a la obligación crediticia terminada en obligación ***1184 y a pesar de que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio de 2017, negó la existencia de su enfermedad a la Compañía Aseguradora.

En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que la entonces Asegurada (Q.E.P.D) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el Honorable Despacho tenga en cuenta que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) al momento de suscribir el formulario de asegurabilidad no informó a mi representada que padecía cáncer de seno, patología sumamente relevante que vicia integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado que estas enfermedades son anteriores al mes de julio de 2017, fecha en que se suscribió el certificado individual de seguro:

- **CÁNCER DE SENO**

FECHA	MOTIVO	CODIGO DX	DIAGNOSTICO CLINICO	SINTOMAS	SIGNOS	ANALISIS	PLAN	ESPECIALISTA
2016-01-16		C509		PACIENTE REMITIDA DE SALUD TOTAL CON ID CA DE SENO DERECHO TIENE MAMOGRAFIA DE 30 NOV DEL 2015:BRADS IV CON ECO MAMARIA:MASA SOLIDA IRREGULAR EN CI DERECHO DE 42X40MM BIOPSIA TRUCUT-CARCINOMA INFILTRANTE NO CLASIFICADO CON COMEDONECROSIS EMBOLO LINFATICOS. INMUNOHISTOQUIMICA:REACTIVIDAD INTENSA PARA RE EN 70% INTENSA PRA RP EN 30% HER 2 NEGATIVO KI 67 20% RX DE TORAX NEGATIVA ECO HEPATOBILIAR NORMAL GAMAGRAFIA OSEA:NEGATIVA OSTEOFITOS DORSALES CAMBIOS ARTROSICOS ESPONDILOARTROSICOS FEVI 63% CH NORMAL GLC: 103 BT 0.68 TRANS 25 Y 20 CREAT 0.75FAL. 98	BCG SIN ADENOPATIAS CERVICALES NI SPC SENO DERECHO EN UNION DE CUADRANTES INTERNOS SE PALPA MASA TUMORAL PETREA FIA AL FASCIA DE APROX 7X6CMS,CON EDEMA SUPRADYACENTE RETRACCION CUADRANTE INFERIOR,CONGLOMERDO AXILAR DE 3 CMS HACIA LA BASE SENO IZQ SIN MASAS AXILA LIBRE CP RSCS RITMICOS BSR SIN AGREGADOS ABDOMEN BDI SIN MEGALIAS EXTREM SIN EDEMS PERCUSION OSEA NEGATIVA.	PACIENTE CON ID CA DE SENO E IIB RH + HER 2- KI 67 20% SE DECIDE CON CRITERIO NEOADYUVANTE POLIQUIMIOTERAPIA CON AC-T	SE INICIA DOXORUBICINA 115MGR IV DIA 1 CICLOFOSFAMIDA 1150MGR IV DIA 1 MAS PREMEDICACION CON DEXMETASONA ONDANSETRON APREPTANT Y PEGFILGASTRIM CONTROL EN 3 SEMANAS CON LABORATORIOS	ROJAS ANDRADE EDUARDO Registro: 12684

Documento: Historia Clínica Oncomedic LTDA.

Transcripción parte esencial: “**Fecha 16/01/2016**

Síntomas: Paciente remitida de Salud Total, con ID CA de seno derecho tiene mamografía de **30 de noviembre de 2015** (...). (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que por lo menos desde el 30 de noviembre de 2015, la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con Cáncer de Seno Derecho. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Cáncer de Seno no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, en donde se observa claramente registro de Cáncer de Seno, lo que indiscutiblemente significa, que la señora Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por más de 2 años, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó.

Así mismo, la historia clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) demuestra un seguimiento continuo a esta enfermedad, lo que permite inferir que no es un evento aislado o un acontecimiento de fácil olvido, pues como se expondrá a continuación, la historia clínica da cuenta cierta del seguimiento médico que le realizaron a la Asegurada (Q.E.P.D) como consecuencia de su patología, desde el año 2015 hasta el año 2019, en el que manejaron su patología con medicamentos cuya función era atacar el cáncer. Confirmando que esta no es una enfermedad de difícil recordación para la señora Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.), pues es clara la permanencia de un tratamiento para el cáncer y de los efectos secundarios del mismo por esta patología durante al menos, los últimos cuatro (4) años de su vida.

10867450	2016-06-10 09:22:49	1465568569	38216214	EPS002	26897	Quimioterapia	Atencion a urgencia	No
10867460	2016-06-10 09:22:49	1465568569	38216214	EPS002	26897	Quimioterapia	Dia especifico del ciclo	DIA 8
10867470	2016-06-10 09:22:50	1465568570	38216214	EPS002	34	Quimioterapia	Consentimiento informado	0038216214,BUENDIA,RODRIGUEZ,MARY,,F,19481023,O+.
10867480	2016-06-10 09:22:50	1465568570	38216214	EPS002	34	Quimioterapia	Documentos aporta a la consulta	confirmacion de quimioterapia
10867490	2016-06-10 09:22:50	1465568570	38216214	EPS002	34	Quimioterapia	Prequimioterapia	07:30 INGRESA PACIENTE A SALA DE APLICACION DE Q ORIENTADO, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CAMINANDO F APLICACION DE PACLITAXEL DÍAS 1,8 Y 15.
10867500	2016-06-10 09:22:50	1465568570	38216214	EPS002	1	Quimioterapia	Pin	7810
10871040	2016-06-10 11:35:36	1465576536	38216214	EPS002	34	Quimioterapia	Aplicacion Quimioterapia	8am paciente en sala de QMT se explica procedimiento previi intentos con venocat # 24 se hidrata con 250 de ssn mas des 1 ampolla 50/mg iv se inicia PACLITAXEL 148 mg en 500 cc se lava acceso venoso con 250 se retira venopuncion tolero v
10871050	2016-06-10 11:35:36	1465576536	38216214	EPS002	34	Quimioterapia	PostQuimioterapia	11/50 sale paciente de sala en buenas condiciones generales
10871060	2016-06-10 11:35:36	1465576536	38216214	EPS002	1	Quimioterapia	Pin	8764

Incluso, pocos días antes de que la señora Mary Buendía Rodríguez suscribiera la declaración de asegurabilidad para su inclusión a la póliza Vida Grupo Deudores que amparó la obligación terminada en ***1184, su historia clínica y su estado de seguimiento farmacológico demuestran que hubo atención en quimioterapia y/o medicamentos derivados de ésta, para tratar su patología de cáncer:

1373783	118228	2017-06-30	1498833559	38216214	EPS002	34	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Cantidad de aplicaciones Quimioterapia	3
1373784	118228	2017-06-30	1498833559	38216214	EPS002	1	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Pin	4865

ncomedic.com/oncomedic/oncomedic/adentro.php?page=formularios 2/5
52

7/5/2020 // GaleNUx_ONCO // GaleNUx_ONCO //Oncomedic Ltda Sistema de información en salud http://GaleNUx.com OLX cam...

1373788	118228	2017-06-30	1498833585	38216214	EPS002	26889	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Cups	890378
1373789	118228	2017-06-30	1498833585	38216214	EPS002	25055	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Analisis / Observaciones	EN 3 MESES
1373790	118228	2017-06-30	1498833585	38216214	EPS002	1	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Pin	3723
1387238	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	1	Ficha de Atención Farmacéutica	Funcionario que se Informa	26933
1387239	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	1	Ficha de Atención Farmacéutica	Turnos pendientes	119065
1387240	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	26899	Ficha de Atención Farmacéutica	Medicamento o dispositivo	18984
1387241	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	26899	Ficha de Atención Farmacéutica	Paciente requiere intervención farmacéutica	Si
1387242	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	34	Ficha de Atención Farmacéutica	Manifestacion de la Quimioterapia	Primer ciclo de tratamiento formulado el día 2017-06-30. Autor 06.

En la misma línea, la historia clínica refleja en diversas anotaciones que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) fue sometida a varios tratamientos desde que fue diagnosticada con cáncer de seno en el año 2015 hasta su fallecimiento en febrero de 2019. Por lo que no podría entenderse como un evento aislado, sino de fácil recordación, pues la historia es clara en mostrar multiplicidad de los efectos y síntomas que padecía la señora Buendía Rodríguez con ocasión a esta enfermedad.

1373783	118228	2017-06-30	1498833559	38216214	EPS002	34	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Cantidad de aplicaciones Quimioterapia	3
1373784	118228	2017-06-30	1498833559	38216214	EPS002	1	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Pin	4865

ncomedic.com/oncomedic/oncomedic/adentro.php?page=formularios 2/5
52

7/5/2020 // GaleNUx_ONCO // GaleNUx_ONCO //Oncomedic Ltda Sistema de información en salud http://GaleNUx.com OLX cam...

1373788	118228	2017-06-30	1498833585	38216214	EPS002	26889	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Cups	890378
1373789	118228	2017-06-30	1498833585	38216214	EPS002	25055	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Analisis / Observaciones	EN 3 MESES
1373790	118228	2017-06-30	1498833585	38216214	EPS002	1	Solicitud del Servicio y/o Dispositivo	Pin	3723
1387238	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	1	Ficha de Atención Farmacéutica	Funcionario que se Informa	26933
1387239	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	1	Ficha de Atención Farmacéutica	Turnos pendientes	119065
1387240	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	26899	Ficha de Atención Farmacéutica	Medicamento o dispositivo	18984
1387241	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	26899	Ficha de Atención Farmacéutica	Paciente requiere intervención farmacéutica	Si
1387242	119065	2017-07-17	1500325451	38216214	EPS002	34	Ficha de Atención Farmacéutica	Manifestacion de la Quimioterapia	Primer ciclo de tratamiento formulado el día 2017-06-30. Autor 06.

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Cáncer de Seno no especificada se registra en la historia clínica desde el año 2015, de modo que es evidente que esta es una enfermedad prolongada en el tiempo pues la Asegurada (Q.E.P.D.) la padeció desde al menos dos (2) años antes de su vinculación al contrato de seguro. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co,

como resultado de la reticencia con la que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

Máxime cuando los expertos han establecido las complicaciones que podría ocasionar el padecimiento de esta patología, entre las que se encuentran: afectación corporal generalizada, hematomas y un estado particularmente susceptible a infecciones. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren esta patología, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) ya contaba con una serie de diagnósticos de Cáncer de Seno con anterioridad al mes de julio de 2017, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que esta patología y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

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

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

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) padecía y conocía de la existencia de su Cáncer de Mama. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) no informó a mi procurada de la existencia de su Cáncer de Mama en el momento en que suscribió su declaración de asegurabilidad en el mes de julio de 2017. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del

consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C. Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurado (Q.E.P.D) negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido el Cáncer de Seno, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que ella negó su patología y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han

deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

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

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

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

cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁵.

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

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

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

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

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

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

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

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez⁹, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho

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

*del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado fuera del texto original)*

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

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

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas fuera del texto).¹¹

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹², expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

*“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», **ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».**”*
(Subrayas fuera del texto original).

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

¹² Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C. Co., ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

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

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

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

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Honorable Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

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

En conclusión, dado que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones

mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

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

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el la acción derivada del contrato de seguro está prescrita, en tanto, si bien es cierto que el fallecimiento de la señora Mary Buendía Rodríguez ocurrió el 13 de febrero de 2019 y si bien la demanda fue radicada el 24 de septiembre de 2020, lo cierto es que la misma no interrumpió la prescripción en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso, porque pasó más de un año desde la admisión de la demanda (01 de octubre de 2020) hasta la fecha en que efectivamente se notificó a la compañía aseguradora, esto es, el 23 de mayo de 2022, fecha en que mi prohijada accedió al expediente digital.

Aunado a lo anterior, no puede perderse de vista que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos

tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, …)**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”¹³ (Subrayado fuera del texto original)*

En ese sentido, debe tenerse en consideración que el fallecimiento de la señora Mary Buendía Rodríguez acaeció el 13 de febrero de 2019 y, en virtud de las normas antes descritas el término de prescripción de dos años se debe contabilizar desde acaecido este suceso. No obstante, se tiene en consideración que el artículo 94 del Código General del Proceso consagra que la demanda interrumpe prescripción e impide que se produzca caducidad siempre que el auto admisorio sea notificado al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente de la notificación de tal providencia al demandante.

Así las cosas, la demanda no tuvo entidad para interrumpir el término de prescripción, porque en virtud del artículo 94 del Código General del Proceso, pues no se notificó el auto admisorio del año concedido por el estatuto procesal, sino mucho tiempo después.

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

Así las cosas, es claro que pasaron dos años desde el hecho que da base a la acción (23 de febrero de 2019) hasta la fecha en que fue notificada mi representada (23 de mayo de 2022). Por lo que resulta claro que la acción está prescrita. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

6. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE LA SEÑORA LIBIA BUENDÍA, TODA VEZ QUE NO ES PARTE EN EL CONTRATO DE SEGURO.

Fundo esta excepción, por cuanto en el caso presente se encuentra promoviendo la presente acción la señora Libia Buendía Rodríguez, quien no tiene la calidad de beneficiario en la póliza de seguro No. 021050000032353 y por ende, no se encuentra legitimada en causa para Demandar a mi representada. Lo anterior, puesto que como lo indicaré a profundidad más adelante, la póliza fue clara en establecer que el beneficiario de la misma era el Banco BBVA S.A., y no se estableció que la misma prestara cobertura frente a beneficiario distinto de este.

La legitimación en la causa ha sido definida ampliamente por la jurisprudencia, como aquella titularidad de los derechos de acción y contradicción. El Consejo de Estado, Sección Tercera, expediente 19753, magistrado ponente: Mauricio Fajardo Gómez, ha señalado sobre esta categoría jurídica lo siguiente:

*“La prosperidad de la pretensión depende, entre otros requisitos según la jurisprudencia de esta Sala, de que «se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado (...). **Si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél**, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedor»”.*¹⁴
(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Del análisis jurisprudencial señalado y del estudio realizado al acervo probatorio aportado al proceso, se refleja una evidente ausencia de legitimación por activa por parte de la señora Libia Buendía Rodríguez, puesto que en ningún momento ha tenido la calidad de beneficiario de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 021050000032353. De manera que cualquier requerimiento elevado por la accionante con fundamento en la Póliza No. 021050000032353, no resulta admisible, toda vez que al no ser parte del contrato de seguro, la señora Libia Buendía Rodríguez no se encuentra legitimada en causa por activa para efectuarlo.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. SC16279-2016 Radicado 2004-00197. Ariel Salazar Ramírez

Lo anterior es así puesto que, confrontando las partes integrantes del contrato, se observa claramente que la Demandante NO es beneficiaria, asegurada, ni tomadora de la póliza de seguro; y en ese sentido, no se encuentra legitimada en la causa para reclamar o hacer exigibles las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, el único legitimado para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado, es aquella que ostente la calidad de tomador y beneficiario del mismo; para el caso que nos asiste, implica que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por el Banco BBVA Colombia S.A.

Como se observa, el único beneficiario de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. . 021050000032353 es Banco BBVA Colombia S.A., quien fue la entidad que desembolsó el crédito respaldado por la póliza. Así entonces, no se encuentra en la póliza ninguna mención respecto de la señora Libia Buendía Rodríguez como beneficiario o como alguna otra parte habilitada para reclamar.

De manera que la Demandante, no puede en rigor procurar una indemnización con cargo a la póliza No. 021050000032353 cuando únicamente las partes del contrato de seguro son las que se encuentran legitimadas para solicitar el cumplimiento de las obligaciones que dimanen directamente del contrato. Ciertamente, a pesar de resultar patente el interés que le asiste para reclamar los derechos que equivocadamente se elevan en esta ocasión, lo cierto es que el accionante carece a todas luces de legitimación en causa para ello.

En conclusión, en el presente proceso no será jurídicamente procedente declarar indemnización alguna a cargo del extremo pasivo y a favor de la señora Libia Buendía Rodríguez, puesto que se encuentra claro que la señora no se encuentra legitimada en causa para ejercer la acción presente puesto que no tiene la calidad de beneficiaria, tomadora o asegurada en la póliza. Por lo anterior, solicito respetuosamente al Señor Juez que con fundamento en los argumentos que se consignan en el presente escrito, declare probada esta excepción absolviendo a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de cualquier obligación indemnizatoria que se exija por el extremo demandante en este litigio, quien no está legitimado para iniciar la presente acción

7. INEXISTENCIA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE.

En este caso es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor. Es claro que la parte Demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en

estos casos. La honorable Corte suprema de justicia ha definido el daño emergente en los siguientes términos:

“De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad.

Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento.”¹⁵

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos que se aducen en el libelo de la demanda. Ahora bien, la parte Demandante manifiesta que con ocasión al supuesto incumplimiento contractual incurrió en el cobro del servicio de conciliación ante la Cámara de Comercio de Ibagué, ocasionando un daño emergente de OCHOCIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO (\$870,488). Sin embargo, tal circunstancia no puede entenderse como una pérdida patrimonial, máxime cuando es claro que en el presente asunto ni siquiera hubo un incumplimiento imputable a la compañía aseguradora, pues como se ha expuesto fue la señora Libia Buendía Rodríguez quien incumplió su deber precontractual al ocultarle a la aseguradora su diagnóstico de cáncer de mama derecha en noviembre de 2015. Razón por la cual, no deberá incluirse en dicha tasación de perjuicios.

En este orden de ideas, es fundamental que el Despacho tome en consideración que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte Demandante. En este sentido, si dicha parte no cumple con su carga y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular, ha establecido lo siguiente:

“(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel

¹⁵ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017

incumplimiento, y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.¹⁶ (Subrayado fuera del texto original)

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”¹⁷ (Subrayado fuera del texto original)

Así las cosas, en relación a la carga probatoria que recae en este caso en la parte Demandante, se puede observar que en el expediente no obra prueba alguna que acredite las erogaciones estimadas en OCHOCIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$870,488) en que supuestamente incurrió la Demandante con ocasión al supuesto incumplimiento. En efecto, la consecuencia jurídica a la falta al deber probatorio en cabeza de la Demandante es sin lugar a dudas la negación de la pretensión.

Aunado a ello, es claro que la Demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Lo que no sucede en el presente toda vez que la Demandante solicita reconocimiento de indemnización por OCHOCIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$877,488) a título de daño emergente, sin que se aporte ninguna prueba o elemento de juicio suficiente que acredite el valor solicitado.

Así las cosas, es claro que ninguno de los documentos allegados al expediente pueden tomarse como pruebas para la procedencia de reconocimiento alguno por concepto de daño emergente. Puesto que lejos de probar una suma si quiera similar a OCHOCIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. (\$870,488), lo que demuestra es que dichos documentos no tienen relación alguna con lo que aquí se discute y por ende, no podrá entenderse debidamente probado el perjuicio de daño emergente. Dado que como se indicó, la jurisprudencia ha sido clara en establecer que la existencia de

¹⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. MP. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. MP Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

los perjuicios no se presume, sino que debe ser probada debidamente por la parte Demandante.

En conclusión, no resulta procedente la pretensión impetrada según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte Demandante sumas de dinero por concepto de daño emergente, toda vez que no hay prueba dentro del expediente que justifique los rubros solicitados por el Demandante. En efecto, de las pruebas allegadas al proceso no es posible acreditar que con ocasión al supuesto incumplimiento se hayan producido daños patrimoniales por valor de OCHOCIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO (\$870,488). En ese sentido, al no existir prueba si quiera sumaria que permita acreditar la suma solicitadas, la misma no puede ser reconocidas dentro de este proceso. Por todo lo anterior, ruego señor Juez declarar probada esta excepción.

8. IMPROCEDENCIA DEL DAÑO MORAL SOLICITADO

En términos generales, existe un criterio unánime que explica que la reparación de los daños causados como consecuencia de un hecho dañoso, tiene un carácter exclusivamente indemnizatorio y no puede ser fuente de enriquecimiento para la parte demandante. En otras palabras, no existe duda alguna que la reparación de los perjuicios tiene la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior, esto es, al estado previo a la causación del daño. Sin que esto signifique que la parte actora pueda enriquecerse por el reconocimiento de dicha indemnización. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en los mismos términos al establecer:

*“Ciertamente puede decirse cuando el artículo 2341 del Código Civil prescribe que el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, se adopta, en armonía con el inciso 2 del artículo 1649 del Código Civil, el principio según el cual la prestación de la obligación resarcitoria llamada indemnización, **tiene como límite cuantitativo aquel que, según su función de dejar indemne (sin daño), alcance a reparar directa o indirectamente el perjuicio ocasionado, para el restablecimiento, en sus diferentes formas, de la misma situación patrimonial anterior, (...)**”¹⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En otras palabras, es jurídicamente improcedente conceder una indemnización que no solo tenga la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior al acaecimiento del hecho dañoso, sino que también tenga el propósito de enriquecer a la parte actora. Lo anterior, por cuanto como se ha explicado, la indemnización de perjuicios no puede ser utilizada como herramienta para enriquecer a la víctima, sino para repararle efectivamente los daños que

¹⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 9 de julio de 2012. Mp. Ariel Salazar Ramírez. EXP: 11001-3103-006-2002-00101-01

haya padecido. En consecuencia, el dolor experimentado y los afectos perdidos deben ser compensados de acuerdo a criterios de razonabilidad jurídica y de conformidad con las circunstancias reales en que tuvo lugar el resultado lamentable que dio origen al sufrimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC 13925 del 24 de agosto de 2016, MP: Ariel Salazar Ramírez, afirmó lo siguiente:

*“Dentro de esta clase de daños se encuentra el **perjuicio moral**, respecto del cual esta Corte tiene dicho que hace parte de la esfera íntima o fuero psicológico del sujeto damnificado, toda vez que sólo quien padece el dolor interior conoce la intensidad de su sufrimiento, por lo que éste no puede ser comunicado en su verdadera dimensión a nadie más. De ahí que el perjuicio moral no es susceptible de demostración a través de pruebas científicas, técnicas o directas, porque su esencia originaria y puramente espiritual impide su constatación mediante el saber instrumental.*

Por cuanto el dolor experimentado y los afectos perdidos son irremplazables y no tienen precio que permita su resarcimiento, queda al prudente criterio del juez dar, al menos, una medida de compensación o satisfacción, normalmente estimable en dinero, de acuerdo a criterios de razonabilidad jurídica y de conformidad con las circunstancias reales en que tuvo lugar el resultado lamentable que dio origen al sufrimiento.

Lo anterior, desde luego, «no significa de suyo que esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla para dejarle el resto a la imaginación, al sentimiento o al cálculo generoso de los jueces». (CSJ, SC del 15 de abril de 1997) La razonabilidad de los funcionarios judiciales, por tanto, impide que la estimación del daño moral se convierta en una arbitrariedad.

Esta razonabilidad surge de la valoración de referentes objetivos para su cuantificación, tales como las características del daño y su gravedad e intensidad en la persona que lo padece; de ahí que el arbitrium iudicis no puede entenderse como mera liberalidad del juzgador. (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Así pues, la valoración del daño moral debe acudir al arbitrium iudicis, además de sujetarse a los criterios o referentes objetivos para su cuantificación. Considerando las características mismas del daño, su gravedad, extensión y el grado de afectación a cada persona. Valor que de ninguna manera puede asumirse como algo desbordado nacido de la mera liberalidad del juez.

Por lo anterior, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es decir que si no se hubiese producido el daño el ingreso debía percibirse, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido lo siguiente:

“El perjuicio es la consecuencia que se deriva del daño para la víctima del mismo, y la indemnización corresponde al resarcimiento o pago del “(...) perjuicio que el daño ocasionó (...).”

Este último para que sea reparable, debe ser inequívoco, real y no eventual o hipotético. Es decir, “(...) cierto y no puramente conjetural, [por cuanto] (...) no basta afirmarlo, puesto que es absolutamente imperativo que se acredite procesalmente con los medios de convicción regular y oportunamente decretados y arimados al plenario (...).”¹⁹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Bajo esta línea argumentativa, es indispensable que el honorable Despacho tome en consideración que la suma solicitada por la demandante por concepto de daño moral es a todas luces improcedente y su reconocimiento significaría un enriquecimiento injustificado en beneficio de la misma como quiera que, en principio estamos ante un caso de evidente inexistencia de responsabilidad. Además, se considera que frente a la afectación que afirma tener la Demandante no existe prueba alguna que de forma inequívoca muestre la real afectación de las condiciones psíquicas de la Demandante. De ninguna manera puede el Despacho acceder a una indemnización de perjuicios con una simple afirmación de la parte actora.

También se considera en este caso, que la suma deprecada por el valor correspondiente a \$26,334,060 se solicita de forma antitécnica, pues resulta claro que para la tasación de los perjuicios morales es necesario hacerlo con base en los criterios ampliamente decantados por la Corte Suprema de Justicia, la tasación de los mismos no puede hacerse en forma discrecional, sino que corresponde a la compensación que ha buscado en el derecho del detrimento que no reviste carácter material. De manera que aplicando las reglas que ya están dispuestas en la jurisprudencia y los principios rectores de la indemnización de daños en el derecho colombiano, incluidos en el código civil. La indemnización por daño moral debe ser congruente con los baremos que ha establecido la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Es indispensable que el honorable Despacho tome en

¹⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de junio de 2018. Expediente SC 2107-2018.

consideración que lo que se solicita a favor de la Demandante, a todas luces significaría un enriquecimiento injustificado para el extremo actor, más si se tiene en cuenta que las máximas sumas que se reconocen por concepto de perjuicios morales, son ocasión al dolor, aflicción y congoja que siente una persona en caso de muerte.

En conclusión, reconocer los perjuicios morales en las sumas solicitadas por la parte actora, solo terminaría generando un enriquecimiento injusto para la Demandante por cuanto las documentales que acompañan la demanda no demuestran siquiera que la señora Libia Buendía Rodríguez haya padecido perjuicios morales. Situación que está proscrita por nuestro ordenamiento jurídico, máxime cuando estamos ante un evento que no reviste de gravedad alguna, sino que es un asunto superfluo. Con fundamento en lo expuesto, solicito comedidamente al Despacho que declare probada la presente excepción y que en ese sentido, determine que no está acreditado de ninguna forma el perjuicio inmaterial cuyo resarcimiento se pretende. En todo caso, si el juez considera que sí está probado el perjuicio inmaterial, de todas formas, la tasación pretendida del mismo es exorbitante y deberá ajustarse a los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha del fallecimiento. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA.

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurada en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.²⁰ (...)

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria

²⁰ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.²¹ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. ****321184**. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

²¹ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

- 1.1. Comunicación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A el día 25 de febrero de 2019.
- 1.2. Certificación de vigencia de la póliza que respaldó la obligación No. 0013-0636-71-9600321184 en la que se aclara la fecha en la que fue formalizada dicha póliza.
- 1.3. Derecho de petición enviado a Oncomedic Ltda.
- 1.4. Derecho de petición enviado al Salud Total E.P.S.
- 1.5. Derecho de petición enviado a la Clínica Virrey Solís.

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

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **LIBIA BUENDÍA RODRÍGUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 28.532.552, en su calidad de Accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La señora **LIBIA BUENDÍA RODRÍGUEZ** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **CESAR AUGUSTO CARRASCAL**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.19.143.319, profesional

médico adscrito a la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia clínica, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del Asegurado (Q.E.P.D).

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

- 4.2.** Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, 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 de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

- 4.3.** Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesor externo de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al despacho sobre las condiciones del seguro, la negativa del pago, la prescripción de la acción en cabeza de la parte actora, la falta de legitimación en la causa por activa, y en general todos, los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga, en general, sobre los hechos y excepciones propuestas frente a la demanda. El testigo

podrá ser ubicado en la Calle 75ª No. 66-43 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camilaortiz2797@gmail.com

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del C.G.P., se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LA ACCIONANTE** para que exhiba la Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2019, de la señora Libia Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.), en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la entonces Asegurada (Q.E.P.D) declaró su estado de asegurabilidad.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **SALUD TOTAL E.P.S.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue era la entidad prestadora de salud a la cual estaba adscrita la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.).

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar

la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **SALUD TOTAL E.P.S.** puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesjud@saludtotal.com.co

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **IPS ONCOMEDIC LTDA.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) entre los años 2000 a 2019.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar la patología y antecedentes que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **IPS ONCOMEDIC LTDA.** puede ser notificado en el correo electrónico mail@oncomedic.com

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLÍNICA VIREEY SOLIS IPS S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) entre los años 2000 a 2019.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar la patología y antecedentes que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **CLÍNICA VIRREY SOLIS IPS S.A.** puede ser notificado en el correo electrónico o infovs@virreysolisips.com.co.

6. **OFICIOS**

- 6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a **SALUD TOTAL E.P.S.**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019. La Historia

Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue era la entidad prestadora de salud a la cual estaba adscrita la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.).

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

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. **SALUD TOTAL E.P.S.** puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesjud@saludtotal.com.co

- 6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **IPS ONCOMEDIC LTDA.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) entre los años 2000 a 2019.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar la patología y antecedentes que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **IPS ONCOMEDIC LTDA.** puede ser notificado en el correo electrónico mail@oncomedic.com

- 6.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **CLÍNICA VIRREY SOLIS IPS S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de

la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención médico asistencial que recibió la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) entre los años 2000 a 2019.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar la patología y antecedentes que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **CLÍNICA VIERREY SOLIS IPS S.A.** puede ser notificado en el correo electrónico infovs@virreysolisips.com.co.

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D) se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D) era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad la Asegurada. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, 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 en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”. Comedidamente se le solicita al Honorable Despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas (SALUD TOTAL E.P.S., CLÍNICA VIRREY y ONCOMEDIC LTDA.) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica de la Asegurada (Q.E.P.D.). Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud SALUD TOTAL E.P.S., CLÍNICA VIRREY y ONCOMEDIC LTDA. pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

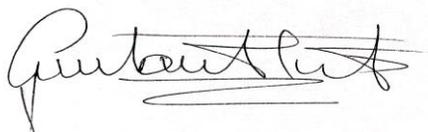
ANEXOS

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

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A No. 94A-56, Oficina 402 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co
- La Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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

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

C E R T I F I C A :

Que: El (a) Señor (a) **MARY BUENDÍA RODRÍGUEZ (Q.E.P.D)**, quien en vida se identificó (a) con cédula de ciudadanía No. **38.216.214**, adquirió la obligación No. **0013-0636-71-9600321184** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores No. 02 105 0000032353**, certificado No. **0013-0636-73-4000387623**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	*VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$66.116.289.45
Incapacidad total y permanente	\$66.116.289.45

*Se aclara que el valor asegurado certificado en el presente documento, corresponde al valor que tenía la póliza al momento de ser cancelada. La última prima cobrada fue por \$74.764, correspondiente al periodo del 26/07/2019 al 25/08/2019.

La póliza fue formalizada con fecha 26/07/2017 y revocada por mora (impago) el día 25/08/2019. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Vale la pena aclarar que durante la vigencia de la citada póliza, la misma ha estado administrada por dos compañías de seguros, de acuerdo al periodo licitatorio efectuado por la Entidad Financiera BBVA Colombia, así:

-Periodo desde el 08-11-2016 hasta el 31-12-2017, administrada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

-Periodo desde el 01-01-2018 hasta el 31-12-2018, administrada por Aseguradora Solidaria de Colombia.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los catorce (14) días del mes de junio del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,



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

Elaborado por: JEA.
Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

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



"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucía Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."

Bogotá, Febrero 25 de 2019

Señores

BANCO BBVA COLOMBIA
 Sucursal Ambala.
 Ibagué Tolima.

REF. TOMADOR: BBVA COLOMBIA S.A.
 POLIZA: VGDB No. 127
 ASEGURADO: MARY BUENDIA RODRIGUEZ (Q.E.P.D)
 CEDULA: 17093901
 SINIESTRO: VGDB – 11876
 OBLIGACION: 00130636719600321184

Respetados Señores:

Una vez analizados los documentos aportados para la reclamación relativa del seguro de vida grupo deudores, afectando el amparo de Vida Básico por el fallecimiento del asegurado de la referencia, hecho ocurrido el 13 de Febrero de 2019, nos permitimos manifestar lo siguiente:

De acuerdo con la Historia clínica de la Clínica Virrey Solís del 20 de Octubre de 2018, encontramos que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D), tenía antecedentes patológicos de Cáncer de Mama diagnosticado desde 16 de diciembre de 2015. Hecho relevante que no fue declarado y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

Datos de la Consulta		
Fecha de la Consulta:	10/20/2018 11:37:00	Tipo de Consulta: De Primera Vez
Datos Complementarios		
Datos del Paciente		
Edad:	69	Raza: Mestiza Escolaridad: Secundaria
Estado Civil:	Soltero	Ocupación: PENSIONADOS
Responsable del Usuario		
Nombre:	LIBIA BUENDIA	
Parentesco:	Hermano(a)	
Teléfono:	2618452-3156580770	
Acompañante		
Nombre:	Ninguno	
Teléfono:	3156580770	

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: "vengo para el control de plaquetas "

Enfermedad Actual: Paciente de 69 años con antecedente de ca de mama diagnosticado 16/12/2015 en e momento en seguimiento por oncología con quimioterapia nolvadix (tamoxifeno) por 5 años, que tiene pendiente cirugía oftalmológica donde solicitan exámenes de laboratorios 09/10/2018 con plaquetas en 28500 ul y es remitida a servicio de urgencias 13/10/2018 con plaquetas 31600 ul al examen físico en buena condiciones generales de salud por lo que dan salida con multiples recomendaciones, asite a control con reporte de hemograma 19/10/2018 leucos 7540ul, neutros 22 %, linfos 71%, eritrocitos 327000 ul, hb 80.5 gr/dl, hto 29 %, plaq 78000 ul con recuento manual de 101000 ul, en el momento asintomica.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un **riesgo normal**.

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado este faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.

Adicionalmente, conviene resaltar que la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o hechos causantes de la reclamación tengan alguna relación con la(s) enfermedad(es) padecida(s) y no declarada(s) por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hechos que no fueron atendidos correctamente al obviar mencionar las enfermedades citadas anteriormente; enfermedades que por su connotación tenían que ser de conocimiento para la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

De otra parte, con independencia de que la causa del fallecimiento haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio, ya comentado.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que 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 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.

Adicionalmente, el Artículo 1158 del código de comercio estipula “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el Artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”

Teniendo en cuenta que la señora Mary Buendía Rodríguez (Q.E.P.D), al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida deudores el día 27 de Julio de 2017, omitió declarar dicha patología relevante, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Atentamente,

Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Elaboró: JGCF

CC: paola.cardonab@ucc.edu.co

Señores

CLÍNICA VIRREY SOLIS IPS S.A.

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, dentro del proceso verbal adelantado por la señora Libia Buendía Rodríguez, que cursa en el Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100; en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 5 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se remita con destino al Honorable Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100, copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019 de la señora Mary Buendía Rodríguez quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 38.216.214.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100, se adelanta proceso promovido por Libia Buendía Rodríguez en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Con ocasión de las pólizas de seguro Grupo Vida Deudores.
2. Dentro de los argumentos de defensa de mi procurada, planteados en el escrito de contestación de la demanda, se incluye el relacionado con la existencia de algunas patologías, dolencias y/o padecimientos de la señora Mary Buendía Rodríguez, anteriores a las fechas de inclusión como asegurada en las pólizas de seguro de vida Grupo Deudores (30 de noviembre de 2015)
3. Por lo anterior, los antecedentes médicos que se encuentran consignados en la historia clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez, constituyen una prueba relevante para el trámite del proceso citado, en el cual fue demandada mi procurada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

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

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

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

“Artículo 14.

Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...)

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

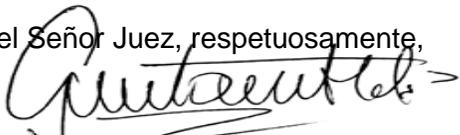
ANEXOS

1. Poder conferido al suscrito.
2. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores

IPS ONCOMEDIC LTDA.

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, dentro del proceso verbal adelantado por la señora Libia Buendía Rodríguez, que cursa en el Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100; en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 5 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se remita con destino al Honorable Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100, copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019 de la señora Mary Buendía Rodríguez quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 38.216.214.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100, se adelanta proceso promovido por Libia Buendía Rodríguez en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Con ocasión de las pólizas de seguro Grupo Vida Deudores.
2. Dentro de los argumentos de defensa de mi procurada, planteados en el escrito de contestación de la demanda, se incluye el relacionado con la existencia de algunas patologías, dolencias y/o padecimientos de la señora Mary Buendía Rodríguez, anteriores a las fechas de inclusión como asegurada en las pólizas de seguro de vida Grupo Deudores (30 de noviembre de 2015)
3. Por lo anterior, los antecedentes médicos que se encuentran consignados en la historia clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez, constituyen una prueba relevante para el trámite del proceso citado, en el cual fue demandada mi procurada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

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

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

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

“Artículo 14.

Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...)

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

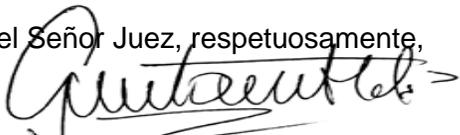
ANEXOS

1. Poder conferido al suscrito.
2. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores

SALUD TOTAL E. P. S.

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, dentro del proceso verbal adelantado por la señora Libia Buendía Rodríguez, que cursa en el Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100; en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 5 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se remita con destino al Honorable Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100, copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019 de la señora Mary Buendía Rodríguez quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 38.216.214.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Primero Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 73001400300120200031100, se adelanta proceso promovido por Libia Buendía Rodríguez en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Con ocasión de las pólizas de seguro Grupo Vida Deudores.
2. Dentro de los argumentos de defensa de mi procurada, planteados en el escrito de contestación de la demanda, se incluye el relacionado con la existencia de algunas patologías, dolencias y/o padecimientos de la señora Mary Buendía Rodríguez, anteriores a las fechas de inclusión como asegurada en las pólizas de seguro de vida Grupo Deudores (30 de noviembre de 2015)
3. Por lo anterior, los antecedentes médicos que se encuentran consignados en la historia clínica de la señora Mary Buendía Rodríguez, constituyen una prueba relevante para el trámite del proceso citado, en el cual fue demandada mi procurada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

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

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

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

“Artículo 14.

Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...)

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

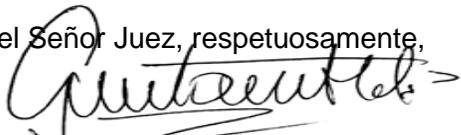
ANEXOS

1. Poder conferido al suscrito.
2. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUÉ

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL

RADICADO: 73001-40-03-001-2020-00311-00

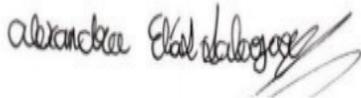
DEMANDANTE: LIBIA BUENDÍA RODRÍGUEZ

DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

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

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

Cordialmente,



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

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114

T.P. 39.116.

notificaciones@gha.com.co