

23-07-2021

Señores  
**JUZGADO PROMISCUO MUNICIPAL**  
**FONSECA – LA GUAJIRA**  
 E. S. D.

**REF.: PROCESO VERBAL**  
**DEMANDANTE: ISABELIS FLOREZ CARDENAS Y OTROS**  
**DEMANDADO: BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A.**  
**BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**

**RAD: 44-279-40-89-001-2021-00052-00**

**OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS**, mujer, mayor de edad, vecina de la ciudad de Barranquilla, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por la Doctora **ALEXANDRA ELIAS SALAZAR**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bogotá, actuando en su calidad de Representante Legal de la precitada sociedad, todo lo cual acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se aportó al momento de la notificación de la demanda; a la señora Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a contestar la demanda en los siguientes términos:

Inicialmente, solicito muy respetuosamente, se me reconozca personería para actuar como apoderada judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, con plenas facultades para actuar dentro de todas y cada una de las diligencias que se practiquen dentro del presente proceso.

#### **MANIFESTACIÓN PRELIMINAR**

Manifiesto al despacho que procedo a contestar la demanda instaurada en contra de mi representada, dentro del término legal, teniendo en cuenta la notificación realizada por el despacho el 23 de junio 2021 con fundamento en el decreto 806 de 2020.

#### **SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**AL HECHO 3.1:** Este hecho contiene varias afirmaciones por lo cual me pronunciare de la siguiente manera:

Es parcialmente cierto en cuanto a la suscripción del contrato de seguro de vida grupo **SEGURO VITAL HALL BANCARIO**, en el cual se estableció como tomador al **BANCO BBVA COLOMBIA S.A.** y como asegurado el señor **HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ**, sin embargo, la asegurado que ampara los riesgos contratados es **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** y no **BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A.** como se indicó en este hecho.

En cuanto a los amparos contratados en la póliza tenemos los siguientes:

VIDA (Muerte Natural o Accidental)	\$21,134,200.80
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	\$21,134,200.80

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE \$21,134,200.80  
(DESMEMBRACIÓN -INUTILIZACIÓN)

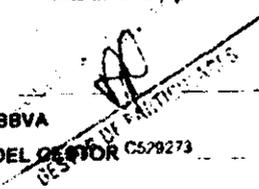
En cuanto a la designación de los hoy demandantes como beneficiarios tenemos que en la solicitud del seguros de vida no se relacionó a ningún beneficiario.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO		
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%

En constancia se firma la presente solicitud en la Ciudad de FONSECA de 2013

a los 12 días del mes DE JUNIO

  
FIRMA DEL SOLICITANTE  
C.C. 17954912

GESTOR BBVA  
CÓDIGO DEL GESTOR 0529273  


Es cierto en cuanto al valor de la prima y que la misma se debitaba de la cuenta de ahorro del BANCO BBVA COLOMBIA S.A. a nombre del señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ.

**AL HECHO 3.2:** Este hecho es cierto en cuanto al valor asegurado en el SEGURO VITAL HALL BANCARIO.

**AL HECHO 3.3:** Es cierto, teniendo en cuenta las pruebas documentales que se aportan con la demanda.

**AL HECHO 3.4:** Este hecho hace referencia a una comunicación presentada ante el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. por lo tanto, mi representada se atiene a lo efectivamente probado dentro del proceso.

**AL HECHO 3.5:** Este hecho no le consta a mi representada, por lo tanto, se atiene a lo efectivamente probado dentro del proceso.

**AL HECHO 3.5 (bis):** Este hecho hace referencia a una comunicación presentada ante el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. por lo tanto, mi representada se atiene a lo efectivamente probado dentro del proceso.

**AL HECHO 3.6:** Es cierto este hecho en cuanto a que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. procedió a dar respuesta a la mencionada reclamación, objetando la misma, toda vez que se estableció con la historia médica del señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ tenía antecedente de SÍNDROME DE COLON IRRITABLE Y PROSTATITIS (DIAGNOSTICADO 23-09-2005), Y EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA IPS MEDICA UBA COOMEVA E.P.S. RIOHACHA DE FECHA 21 DE NOVIEMBRE DE 2012 DIAGNOSTICO DE APNEA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO, hechos relevante que no fueron declarados dentro de la solicitud de asegurabilidad, por lo tanto, fue reticente o inexacto al declarar su real estado de salud, ya que calló u omitió información relevante para su aseguramiento.

**AL HECHO 3.7:** Este hecho hace referencia a una comunicación emitida por el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. por lo tanto, mi representada se atiene a lo efectivamente probado dentro del proceso.

Sin embargo, se debe aclarar que mi representada expidió una certificación de la vigencia de la póliza estableciendo que la póliza fue formalizada con una periodicidad de pago mensual el 12/06/2013 y cancelada por mora el

11/12/2015. El último débito aplicado fue por \$19,809 el 12 de noviembre de 2015 y correspondió al periodo del 12/11/2015 al 11/12/2015.

**AL HECHO 3.8:** Este hecho hace referencia a una comunicación presentada ante el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. por lo tanto, mi representada se atiene a lo efectivamente probado dentro del proceso.

**AL HECHO 3.9:** Este hecho hace referencia a una acción de tutela interpuesta contra el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. por lo tanto, mi representada se atiene a lo efectivamente probado dentro del proceso.

**AL HECHO 3.10:** No es un hecho, es un requisito de procedibilidad para acudir a la jurisdicción civil.

**AL HECHO 3.11:** Mi representada, por lo tanto, se atiene a lo efectivamente probado dentro del proceso.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Mi prohijada se opone de manera expresa a las pretensiones formuladas en la demanda por ausencia de presupuestos fácticos y sustanciales, así:

**Principales**

**A LA 2.1.1:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de SEGURO VITAL HALL BANCARIO, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Además de encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

**A LA 2.1.2:** Esta pretensión está dirigida contra el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., sin embargo, esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de SEGURO VITAL HALL BANCARIO, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Además de encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

**A LA 2.1.3:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de SEGURO VITAL HALL BANCARIO, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Además de encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

**A LA 2.1.4.:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de SEGURO VITAL HALL BANCARIO, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Además de encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

**A LA 2.1.4.1:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de SEGURO VITAL HALL BANCARIO, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Además de encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

**A LA 2.1.4.2:** Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de SEGURO VITAL HALL BANCARIO, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Además de encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

A LA 2.2.: Esta pretensión no está llamada a prosperar, por ser consecuencia directa de las anteriores.

### OBJECION FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO REALIZADA POR EL DEMANDANTE

Por medio de la presente manifiesto al despacho, que OBJETO la liquidación y solicitud de perjuicios realizada por la apoderada del demandante en su escrito de demanda en el acápite que denomina JURAMENTO ESTIMATORIO. Con respecto a la póliza de SEGURO VITAL HALL BANCARIO está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Además de encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro, en ese sentido no existe obligación en cabeza de mi representada.

Sea lo primero mencionar, que no es posible el reconocimiento de perjuicio alguno, por no existir incumplimiento del contrato de seguro en cabeza de mi representada, toda vez que como se demostrara en este proceso el contrato de seguros de encuentra viciado de nulidad relativa, y las acciones emanadas de las pólizas se encuentran prescritas, por lo cual no existe obligación de realizar ningún pago con base en la póliza contratada.

Así las cosas, objeto el juramento estimatorio señalado por la parte demandante con fundamento en el artículo 206 del Código General del Proceso, y en el caso que se reconozca sumas de dineros a favor del demandante que no alcancen los baremos señalados en el precitado artículo, solicito al señor juez que imponga la correspondiente multa.

### EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con el propósito de oponerme a las pretensiones de la demanda, formulo con el carácter de perentorias las siguientes excepciones de mérito:

#### Excepción principal

#### 1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

En materia de seguros, cuestión sobre la cual trata este proceso, el fenómeno jurídico de la prescripción se encuentra inmerso en el Artículo 1081 del Código de Comercio, el cual dispone:

*"Art. 1081 C. de Co.: - 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".*

El artículo 1081 del Código de Comercio, dispone de un régimen dual de prescripción, la cual, de conformidad a la doctrina autorizada, son independientes una de la otra y su aplicación entre una y el otro tipo de prescripción obedece a un factor subjetivo y no a potestad del "interesado" para elegir el tipo prescriptivo que más le favorezca.

El profesor Hernán Fabio López Blanco, quien es uno de los más autorizados exponentes patrios, en su libro titulado "Comentarios al Contrato de Seguro" señala lo siguiente: "(...) no es posible elegir entre las dos prescripciones

ya que ellas tienen bases precisas para su cómputo, que corren independientemente de la voluntad de las personas vinculadas al contrato y se debe estar prioritariamente a la prescripción ordinaria si se estructuran las bases para su aplicación, porque la extraordinaria tan solo se considera cuando no existe los supuestos par el cómputo de la ordinaria”.

En el caso en concreto, conforme lo narra los hechos de la demanda que el hecho que da base a la acción tuvo lugar el **10 de diciembre de 2015**, fecha del fallecimiento del señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ. Hecho que fue conocido por los hoy demandantes, razón por la cual desde dicha fecha comenzó a correr el termino de prescripción ordinaria.

En este entendido, tenemos que el fenómeno prescriptivo, se configuró transcurrido dos años a partir de la fecha antes mencionada, consumándose así dicho termino, el día **10 de diciembre de 2017**.

Acudiendo a la norma ya citada, se puede inferir, sin temor a equívocos, que la presente acción fue incoada mucho después del término que contempla el artículo 1081 del C. de Comercio, pues la demanda fue presentada en el año 2021, tal cual reza en el expediente.

Ahora, en caso de que la parte demandante pretenda argumentar que con la reclamación presentada se interrumpió el termino de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio. Al respecto, me permito citar pronunciamientos de las altas cortes referentes a por que no es aplicable la interrupción de la prescripción en el contrato de seguro con fundamento en el artículo 94 de Código General del Proceso.

El Tribunal Superior de Bogotá, Sala primera civil de decisión en sentencia de fecha 28 de septiembre de 2017, proferida dentro del proceso radicado bajo el No. 11001310301920160068701, en tesis adoptada por la mayoría de la sala en torno a la aplicación del inciso final del artículo 94 del Código General del Proceso al contrato de seguro, expuso lo siguiente:

*“De conformidad con los artículos 2539, inciso 3 del código civil y 94 inciso final del CGP, la prescripción se puede interrumpir, en forma civil, de dos maneras (i) por la demanda judicial (ii) por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor, modalidad de la que solo puede hacerse uso por una sola vez.*

*En el caso de la reclamación a la que se refiere el artículo 1080 del Código de Comercio, modificado por el artículo 111 de la Ley 510 de 1999, la sala considera que, por su naturaleza y característica, no constituye requerimiento con fines interruptores del plazo prescriptivo, por las siguientes razones:*

- a. *La primera, porque si bien es cierto que la obligación del asegurador despunta o tiene su origen en la ocurrencia del siniestro, esto es, en la realización del riesgo asegurado (C Co. Art. 1054) lo que se firma sin desconocer que es a propósito de la celebración del contrato de seguro que el asegurador contrae la obligación condicional (arts. 1037 y 1045, ib), no lo es menos cierto que el pago de la respectiva indemnización está supeditado a que el asegurado o beneficiario formule una reclamación mediante la cual demuestre que el siniestro tuvo lugar, lo mismo que la cuantía de la perdida, según el caso, de conformidad con lo previsto en los artículos 1077 y 1080 del estatuto mercantil.*

*Por consiguiente, si en el caso especial del contrato de seguro, la reclamación es una arquetípica carga de orden sustancial en cabeza del asegurado o beneficiario, que no solo es presupuesto de la acción ejecutiva (C.Co. art. 1053), sino también de la mora del asegurador, como lo puntualizo la Corte Suprema de Justicia en sentencia de 30 de septiembre de 2014 (exp. 7142), no puede ella constituir, al mismo tiempo, ejercicio del derecho del acreedor a interrumpir la prescripción*

*en forma civil. Al fin y al cabo, el propósito fundamental de ese escrito es demostrar, probar o acreditar, de los que depende, se insiste el pago de la indemnización.*

*Es cierto que la obligación del asegurador germina con la materialización del riesgo; pero si el pago de la prestación asegurada exige, como presupuesto sustantivo, la demostración del siniestro y la cuantía de la pérdida es claro que el cumplimiento de esta carga simplemente traduce la observación de dicha conducta.*

- b. *La segunda, porque al interpretar una norma jurídica es necesario tener en cuenta, en todos los casos, el efecto útil de la misma.*

*Quiere ello decir que entre varias interpretaciones plausibles el juez debe preferir la que brinde mayor eficacia a la disposición interpretada, por sobre la que se lo restrinja, Maxime si en ella se reconoce un determinado derecho.*

*Desde esta perspectiva, considerar que la reclamación hace las veces de requerimiento con fines interruptores de la prescripción, da lugar a que la facultad prevista en el inciso final del artículo 94 del C.G.P. resulte, en la práctica anodina, porque en un solo acto quedarían agrupadas la demostración del derecho (de suyo esencial) y la interrupción del término para ejercerlo. Expresado con otras palabras, como esta modalidad de interrupción solo puede darse una vez, no es posible aceptar una postura en virtud de la cual la carga de presentar una reclamación absorbe el derecho del acreedor a exigirle a su deudor, con fines interruptores de prescripción, que honre una deuda cuyas variables siniestro y cuantía de pérdida previamente debe probar”.*

Sobre el particular en sentencia SC 130-2018 con ponencia del Magistrado Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, el máximo cuerpo colegiado de la especialidad civil de la jurisdicción ordinaria expreso:

*“7.1. En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.*

*La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).*

*En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007<sup>1</sup>:*

*...comportan ‘una misma idea<sup>2</sup>, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad<sup>3</sup>, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho,*

<sup>1</sup> Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

<sup>2</sup> La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

<sup>3</sup> Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

*momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción 'empezará a correr' y no antes, ni después". En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria<sup>4</sup>.*

*En compendio, el inicio del letal término sólo acontece dentro de las dos hipótesis antes explicadas, en su orden, desde el conocimiento del hecho base de la acción, o desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*7.2. Acorde con esas pautas especiales y demás reglas de la comentada forma de decadencia sustancial, es sabido que la reclamación del beneficiario y el silencio del asegurador frente a ésta, en condiciones normales no pueden tener el efecto de interrumpir la prescripción, ni en forma civil ni natural".*

En ese sentido, es evidente que en el presente caso ha operado el fenómeno prescriptivo, y que el mismo no se interrumpió a voces del artículo 94 del Código General del proceso, de acuerdo a los argumentos antes expuestos. Así solicito se declare en la providencia que ponga fin a esta instancia.

**Excepciones subsidiarias**

**2. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA SEGURO VITAL HALL BANCARIO POR RETICENCIA O INEXACTITUD.**

Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención a las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. La declaración del estado del riesgo debe tener dos características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.

La inexactitud presupone una conducta activa del tomador e implica discordancia objetiva entre la declaración expresa (la absolución afirmativa o negativa de una pregunta, la afirmación espontánea de un hecho) y la realidad del hecho o circunstancia sobre que ella recae. La reticencia, en cambio, entraña por definición, una conducta pasiva: es el silencio, es la omisión, el encubrimiento de un hecho o circunstancia sobre los cuales se reclamado la atención del tomador o cuya importancia ha debido motivar su declaración espontánea.<sup>5</sup>

Es decir que la declaración debe ser ajustada a la verdad de la situación de los bienes y las personas; no se deben omitir por parte del candidato al seguro hechos que pudieran afectar la voluntad del asegurador al momento de valorar el riesgo; el candidato al seguro está en mejor condición para conocer el verdadero estado del riesgo y es su deber informarlas al asegurador para que haga una adecuada calificación del riesgo, ya que ésta se sujeta a la información suministrada por el tomador asegurado o beneficiario en su declaración.

El seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de *uberrimae bonae fidei* le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive, en los tratos preliminares también debe observarse so pena de generarse intereses negativos como lo son la nulidad relativa del contrato.

El tratadista Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece al hecho de que " *el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de*

<sup>4</sup> En el mismo sentido la sentencia de 19 de febrero de 2003, Exp. No. 6571, en que la Corte sostuvo: "la prescripción ordinaria corre respecto de todas las acciones surgidas del contrato de seguro o de las normas que los disciplinan, cobrando materialidad en relación con la persona capaz que conoció o debió conocer el hecho determinante de la acción".

<sup>5</sup> Teoría general del seguro – El contrato. J. Efrén Ossa G. Temis. Pag 330

adhesión" agregando que la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos, en tal sentido se dice que el seguro es *uberrimae fidei contractus*, esta nota peculiar se manifiesta no solo en la ejecución del contrato, sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador-asegurado del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir<sup>6</sup>.

Ahora bien, el fenómeno de la reticencia en el contrato de seguro se encuentra regulado en el código de comercio, para una mayor ilustración me permito transcribir las normas que la regulan:

**"Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro..."** (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)

(...)

*"Art. 1158. 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 de lugar."*

Es claro que, por disposición legal, los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. imponen un deber, como imperativo de conducta, en el candidato a asegurado dentro de la póliza dada la especialidad de este contrato, previendo que en caso de incumplimiento en la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo tal situación conlleva a la sanción prevista en el citado artículo 1058.

La sanción prevista en el artículo 1058 del código de comercio se justifica en la medida en que la reticencia o inexactitud en la que incurre el tomador, en la declaración del estado del riesgo, representa un "vicio en el consentimiento del asegurador el cual es inducido a un error en su manifestación de voluntad frente al tomador".

La doctrina sobre el particular ha indicado:

*"Como no es razonable exigir al asegurador el aseguramiento "a ciegas" de los riesgos por cuanto ello desvirtuaría el fundamento técnico de la operación aseguradora –la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades–, y como tampoco será posible en todos o en muchos casos la comprobación directa de los riesgos por asumir, dadas (sic) la dispersión geográfica de los riesgos y las numerosas propuestas de aseguramiento que recibe el asegurador en virtud de la contratación en masa, él que tiene que confiar o tener fe en lo que le manifiesta el candidato a tomador y, por ende, se justifica plenamente la existencia de un régimen especial que regule cabalmente el deber de información a cargo de este último y las consecuencias de su incumplimiento. Ese voto de confianza en lo que manifiesta el candidato a tomador se torna en núcleo fundamental del seguro pues el asegurador, en cierta forma, se abandona, entrega o se pone en las manos de aquel, y estará tranquilo sólo si espera y efectivamente se produce un comportamiento honrado, leal, eficiente, transparente y diligente por parte de quien le proporcionó la información."*

<sup>6</sup> Joaquín Garrigues, Ob. Cit. Pags 256 y 257

<sup>7</sup> Asociación Colombiana de Derecho de Seguros. Deberes de información en la etapa precontractual a cargo del asegurador y del candidato a tomador. Ponencia del Dr. José Fernando Torres Fernández de Castro. XXIII Encuentro Nacional. Santiago de Cali, octubre de 2002.

Igualmente debemos señalar que:

*“No obstante lo aleatorio del contrato, como la ley procura un tratamiento de equilibrio entre el riesgo que asume el asegurador y la contraprestación a cargo del tomador, **las consecuencias de una eventual fractura de esta armonía** pesan no solamente sobre los contratantes, sino sobre los terceros con interés en el contrato, tales como el asegurado o el beneficiario. De ahí que el artículo 1044 ejusdem, declare con diaphanidad que el asegurador le puede oponer al beneficiario las excepciones que le hubiera propuesto al asegurado, o al tomador, en caso de ser estos distintos de aquél, y al asegurado las que hubiere podido alegar contra el tomador. **Por consiguiente, si el tomador en la declaración de asegurabilidad incurrió en reticencia o inexactitud, la nulidad relativa que ello genera se constituye en un motivo para el no pago de la indemnización oponible al beneficiario y al asegurado.**”* (1999) Corte Suprema de Justicia – Expediente No. 04923

Ahora, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el candidato al seguro debe declarar en forma sincera el estado del riesgo, esta declaración se puede hacer en forma dirigida, es decir, cuando la aseguradora provee un formulario de preguntas, o de manera espontánea cuando no se entregue el mismo por parte de la compañía de seguros.

En el primer escenario, el hecho de que la aseguradora haya suministrado un cuestionario que debe ser respondido por parte del candidato al seguro, conlleva unos efectos prácticos, como es que se presume que las preguntas que se incluyen en el cuestionario son determinantes para efectos de que la compañía de seguros forme su juicio en torno a la celebración o no del contrato de seguro o su celebración en condiciones más gravosas.

El cuestionario puede contener preguntas referentes a aspectos objetivos o aspectos subjetivos o morales del riesgo. Existiendo omisión de información sobre alguno de esos hechos objetivos o subjetivos o una información imprecisa o inexacta sobre los mismos, se viciaría el consentimiento de la compañía de seguros. Razón por la cual el tomador de seguro está obligado a responder sinceramente el cuestionario que le proporcione la compañía de seguros previo a la celebración del contrato.

En cuanto a la declaración dirigida, la doctrina ha expuesto que *“Cuando la declaración obedece a un cuestionario planteado por el asegurador, mediante una declaración dirigida, la buena fe del declarante opera sobre hechos o circunstancias de orden objetivo y subjetivo. En este caso sólo hace falta la existencia de la reticencia o inexactitud para dar fundamento a la procedencia de la acción rescisoria”*<sup>8</sup>

Bajo esta premisa, el espíritu del artículo 1058 del C. de Co. busca que el asegurador preste su consentimiento libre de vicios, es decir, separado de error o dolo causado por culpa del candidato a tomador – asegurado, consentimiento que para el caso que nos ocupa, como ya bien se expuso se encuentra viciado.

Igualmente, en fallo de casación de 2 de agosto de 2001, expediente número 6146, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, insistió:

*“(…) la declaración de asegurabilidad debe contener una información fidedigna, amén de veraz y oportuna, como quiera que, en función suya, preponderantemente, el asegurador expresará su voluntad de establecer una relación contractual con el sujeto que, en la etapa precedente: la precontractual, fungió en calidad de candidato a tomador del seguro -llamado en algunos círculos asegurando, por su potencialidad-. Ello explica el empleo de la expresiva y diciente locución: “sinceramente”, inmersa en el primer inciso del artículo 1058 del Código de Comercio, relativa al deber –o carga- de declarar, que*

<sup>8</sup> GONGORA NAVIA, Luis Jorge; BERNOSKE MERINO, Elizabeth Ann. Declaración Inexacta y Reticente sus efectos en el seguro de vida. En: Memorias XVII Encuentro Nacional Asociación Colombiana de Derecho de Seguros ACOLDESE, octubre de 1992 Paipa (Boyacá).

*sirve para ilustrar el justiciero deseo que le asiste al legislador, consistente en que el asegurado, con responsabilidad y solvencia, asuma tan revelador compromiso, base fundamental del asentimiento del asegurador, quien ha depositado su confianza en su cocontratante.*

*Todo ello justifica, en demasía, no sólo la consagración positiva en el derecho nacional del referido deber informativo (o carga, stricto sensu), como se indicó de penetrante valía, sino también la adopción de un severo régimen sancionatorio, para el evento de que el futuro tomador lo pretermita, en muestra de inequívoco resquebrajamiento del axial principio de la buena fe, piedra angular de los negocios de confianza, como lo es el seguro, por antonomasia, sin perjuicio de eventuales investigaciones o inspecciones que, motu proprio, efectúe la entidad aseguradora -facultativamente-, para mejor proveer, si así lo estima aconsejable (art. 1.048 C. de Co), ya que, en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-.*

(...)

3. *Aplicado el discurso que antecede al contrato de seguro, concretamente a su fase precontractual (buena fe in contrahendo), salta a simple vista su conexión y pertinencia, puesto que la carga (onere u obliegenheit) de declarar el estado del riesgo, radicada en cabeza del candidato a tomador, no se agota por completo al momento de responder el cuestionario formulado por el asegurador, como prima facie pudiera parecer de una inconexa y avara lectura del primer inciso del artículo 1.058 del C. de Co, habida consideración que la plausible -y terminante- exigencia de 'declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo', en sí misma considerada, posee un espectro más amplio y, por contera, es titular de una proyección sustancialmente mayor, como tal llamada a trascender el diligenciamiento del cuestionario en comento, que servirá como aquilatada brújula para orientar la tipología de sus respuestas, pero en manera alguna para entender que, una vez obtenidas, cesa -o fenece- dicha exigencia.*

*Tan cierto será lo afirmado, que la declaración de asegurabilidad puede hacerse en Colombia -al contrario de otras naciones- sin '...sujeción a un cuestionario determinado' (inciso segundo, art. 1.058, C. de Co.), lo que demuestra que éste no se erige en frontera infranqueable, a la vez que insustituible. Tan sólo es un útil instrumento que, al arbitrio del asegurador, puede o no emplearse, sin que por ello se pueda pretextar que, en este supuesto, el tomador no esté igualmente obligado a "...declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo", ya que es un deber general -lato sensu- (...)"*

En el caso concreto, se tiene que la señora ISABELIS FLOREZ CARDENAS presentó reclamación para el pago del amparo "VIDA" en virtud de PÓLIZA SEGURO VITAL HALL BANCARIO en la cual figura como asegurado el señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ.

Dicha reclamación se le dio respuesta negativa por parte de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. alegando reticencia, con base en la historia clínica del señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ se logró establecer que tenía antecedente médicos de SÍNDROME DE COLON IRRITABLE Y PROSTATITIS (DIAGNOSTICADO 23-09-2005), Y EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA IPS MEDICA UBA COOMEVA E.P.S. RIOHACHA DE FECHA 21 DE NOVIEMBRE DE 2012 DIAGNOSTICO DE APNEA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO, lo que permite establecer que el asegurado tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, inmersa en la solicitud/certificado individual del SEGURO VITAL HALL BANCARIO, en el cual se le formularon preguntas específicas sobre su estado de salud y este omitió informar tales antecedentes médicos ya conocidos por él, por lo cual se configura una nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos dentro de la póliza.



En sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria No. T1100122030002017 – 01366 – 01 de 27 de julio de 2017 esta se pronunció al respecto de una acción de tutela interpuesta por una providencia emitida en segunda instancia por un Juzgado Civil del Circuito, el cual decidió declarar la nulidad relativa del contrato por reticencia manifestando los siguientes argumentos:

*“Para ello, el Despacho enjuiciado adujo, en suma, que en el caso sub iudice, el asegurado tenía «la obligación de manifestar con absoluta sinceridad y sin ningún tipo de reserva su real estado de salud, pues debe observarse que se parte del presupuesto de la buena fe», al margen que sean o no practicados los respectivos exámenes clínicos al momento de la suscripción de la póliza, más aún cuando el tomador, contrario a lo que mostraba su registro médico, afirmó encontrarse en «óptimas condiciones de salud», lo cual no correspondía a la realidad, en tanto que se encontraron «serios antecedentes dentro de la historia clínica que demuestran sin lugar a equívocos que el señor B.B. (...) presentaba un estado mental deplorable. Bajo ese entendido (...) a la aseguradora se le ocultó esa situación. Es lo que se conoce técnicamente como una reticencia, es decir, cuando el tomador oculta su real estado» haciendo creer a la aseguradora que no existen riesgos patentes que pongan en potencial peligro la vida del beneficiario.*

La Corte Constitucional en sentencia T- 463 de 2017, expuso lo siguiente:

*“De esta manera, se advierte que el accionante al haber declarado que no padecía ninguna enfermedad incumplió lo establecido en el artículo 1058 del Código del Comercio, en virtud del cual “[e]l 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”, con la finalidad de que el asegurador conozca de manera fiel el riesgo que va a amparar y pueda decidir de manera libre si contrata y bajo qué condiciones.*

*Este deber de actuar con apego a la verdad se basa en el principio constitucional de la buena fe, el cual toma mayor relevancia cuando se trata de suministrar información relacionada con el estado de salud del asegurado, lo que le permite a las partes al momento de contratar tomar las decisiones más adecuadas para sus intereses.*

*La Sala considera que el señor José no declaró el estado real del riesgo, pues no le informó a la aseguradora sobre todos los hechos que atentaban contra su integridad física, incidían en su capacidad laboral y afectaban su vida. Y exigir al asegurado que declare sobre su estado real de salud no resulta ser una carga desproporcionada que sea imposible de cumplir.*

*De esta manera, para la Sala, el actuar del accionante no se produjo dentro del marco de la buena fe, pues no sólo omitió declarar con sinceridad su estado de salud, sino que aun a pesar de ello contrajo obligaciones conscientes de que no podía sufragarlas y a la espera de hacer efectiva la póliza de seguro.”*

Dicho de otra manera, y en términos de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, el señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ traicionó la extrema confianza de la aseguradora, derivada del principio de ubérrima buena fe que rige la celebración del contrato de seguro, por no responder con total honestidad, veracidad y exactitud el cuestionario diligenciado en la declaración de asegurabilidad al momento de realizar la solicitud de inclusión dentro de la PÓLIZA SEGURO VITAL HALL BANCARIO. La cual es una carga precontractual que se encontraba en cabeza de este y que, de haberse cumplido, habría permitido a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. determinar con mayor exactitud el estado del riesgo.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-272 de 2018 “Cargas y Deberes del Asegurado: 12. Declarar verazmente el estado del riesgo, según lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, para que el asegurador tenga los elementos de juicio suficientes para decidir si asegura o no el riesgo, de no ser así esto puede derivar en la reducción o en la nulidad de la prestación asegurada.”

Con base en todo lo anteriormente expuesto, es evidente que en el presente caso se encuentran todas las bases jurídicas y legales que fundamentan la posición de mi representada en cuanto a la negativa del pago de las pretensiones del demandante por incurrir el asegurado en reticencia, teniendo como consecuencia directa la nulidad relativa del contrato de seguro.

Por último, es necesario aclarar que la prosperidad de la presente excepción lleva implícita la desestimación de las demás pretensiones reclamadas por el demandante en el proceso judicial de marras. De conformidad con lo reglado en el artículo 282 del C.G.P. el cual establece que "Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes".

Por lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente al despacho que se declare probada la presente excepción de fondo.

**3. INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) A CARGO DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

En materia de contrato de seguro, el código de comercio en lo concerniente a la reticencia establece lo siguiente:

*"Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro..." (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)*

(...)

*"Art. 1158. 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 de lugar."*

Al respecto de la carga de la declaración del estado del riesgo la doctrina, ha expuesto:

*"La carga de la declaración del estado del riesgo es de la exclusiva incumbencia del tomador. El asegurador no está legalmente obligado a controlar su fidelidad, a confrontar con la realidad los hechos o circunstancias declarados, a investigarlos superficial o exhaustivamente. Si lo hace, en ejercicio de una política técnico- comercial, en desarrollo de una función preventiva, su conducta no está ciertamente exenta de consecuencias jurídicas"<sup>10</sup>.*

*"El asegurador debe conocer todas las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo. En todos los demás contratos, la verificación del estado del riesgo o condiciones del bien objeto de la contraprestación queda, generalmente librada a la diligencia de la parte interesada. Esta actividad del asegurador se hace imposible, no sólo por onerosa, sino también por incompleta: no está en condiciones de establecer por sus propios medios, por grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo"<sup>11</sup>.*

<sup>10</sup> OSSA GOMEZ, J. Efrén. Op. cit., pág. 329.

<sup>11</sup> HALPERIN, Isaac. Seguros. 2ª. edición actualizada por Juan Carlos Félix Morandi. Volumen I. Buenos Aires: Editorial DE ALMA, 1986. p. 268.

La Corte Suprema de Justicia, también se ha pronunciado en lo referente a hasta dónde debe llegar la diligencia y cuidado del asegurador para conocer el estado del riesgo, lo siguiente:

*“Esa extrema diligencia y cuidado, correspondiente a la culpa levisima, no se le impone al asegurador; su responsabilidad en este contrato, sólo llega hasta la llamada “culpa leve” (Art.63 C.C.) por consiguiente no es razonable imponer a una sociedad aseguradora el deber de verificar la sinceridad y exactitud de las declaraciones de un tomador del seguro haciendo indagaciones en las demás empresas dedicadas a la misma actividad mercantil, y no sólo a sus casas principales sino a la totalidad de las sucursales o agencias que tengan en el territorio nacional”<sup>12</sup>*

De todo lo anteriormente expuesto es claro, que no es obligación del asegurador, realizar ningún tipo de inspección del riesgo o practicar exámenes médicos al candidato del seguro, pues ni la ley, ni la misma jurisprudencia así lo han indicado. Me permito hacer alusión a jurisprudencia reciente, de la Corte Suprema de Justicia en la cual ha sostenido lo siguiente sobre este punto:

*“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<sup>1</sup>.”*

La Corte Constitucional, en sentencia T-058 de 2016, se pronunció con respecto a los fallos de tutela que consideraba que era una obligación de la aseguradora realizar exámenes médicos con el fin de determinar el estado de salud del tomador del seguro, manifestado lo siguiente:

*“En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras (al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas), deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato. Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.*

<sup>12</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia de 28 de julio de 1976. Magistrado Ponente Dr. José María Esguerra Samper.

*El alcance de las providencias en las que se estableció la obligación de realizar un examen médico previo a la celebración del contrato de seguro se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter-partes que por regla general tienen las sentencias de tutela.*

*Por tanto, no puede entenderse lo anterior como una regla sobre la materia, pues en el contrato de seguro rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.*

*Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010[71] y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012,[72] en los siguientes términos:* (Negrilla y subraya fuera del texto)

*"(...) no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público."*

*Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.*

*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"*

La Corte Constitucional en sentencia T 463 de 2017, reitero esta decisión, referente a la realización de exámenes al asegurado.

*"El artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato. Así, en la medida en que el asegurador va a asumir un riesgo, debe conocer razonablemente su naturaleza, como condición para la manifestación libre de su voluntad o consentimiento, y para determinar el alcance de la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador, lo que explica y justifica la obligación citada, siempre que esto sea exigido en la solicitud de aseguramiento.*

De esta manera, la Corte ha establecido, por una parte, que sobre el tomador del seguro recae el deber de informar acerca de las circunstancias reales que determinan la situación de riesgo, y por otra parte, que le corresponde a las aseguradoras dejar constancia de las preexistencias o de la exclusión de alguna cobertura al inicio del contrato, para evitar en un futuro ambigüedades en el texto del contrato.<sup>13</sup>

En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras (al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas),<sup>14</sup> deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato.<sup>15</sup>

Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.

El alcance de las providencias en las que se estableció la obligación de realizar un examen médico previo a la celebración del contrato de seguro se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter partes que por regla general tienen las sentencias de tutela.<sup>16</sup>

Por tanto, no puede entenderse lo anterior como una regla sobre la materia, pues en el contrato de seguro rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.<sup>17</sup>

Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010<sup>18</sup> y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012,<sup>19</sup> en los siguientes términos:

*“(...) no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.”*

<sup>13</sup> Corte Constitucional, Sentencias T-152 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil), reiterada en la Sentencia T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla).

<sup>14</sup> Ver, entre otras, Corte Constitucional, Sentencia T-152 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil).

<sup>15</sup> Consultar, entre otras, Corte Constitucional, Sentencias T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla), T-222 de 2014 y T-830 de 2014 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

<sup>16</sup> El artículo 36 del Decreto 2591 de 1991 dispone que: “Las sentencias en que se revise una decisión de tutela sólo surtirán efectos en el caso concreto y deberán ser comunicadas inmediatamente al juez o tribunal competente de primera instancia, el cual notificará la sentencia de la Corte a las partes y adoptará las decisiones necesarias para adecuar su fallo a lo dispuesto por ésta”.

<sup>17</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-058 de 2016 (MP Luis Guillermo Guerrero Pérez).

<sup>18</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla).

<sup>19</sup> Corte Constitucional, Sentencia T751 de 2012 (MP María Victoria Calle Correa).

*En este sentido, el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud.<sup>20</sup> No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.*

*Así, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que dispone: “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 de lugar”.*

En ese sentido, y tomando en consideración a todos los preceptos de índole jurisprudenciales y doctrinales citados anteriormente, es claro que, no es admisible pretender endilgar en cabeza de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la obligación de realizar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo de los posibles candidatos a ser asegurados, pues, al ser el contrato de seguros de vida un contrato peculiar, el mismo se erige o fundamenta sobre el principio de la buena fe, el cual le otorga especial importancia al deber de información que se deben las partes intervinientes durante todo el desarrollo del negocio contractual.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito a la señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

#### **4. BUENA FE DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. EN CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN LA POLIZA SEGURO VITAL HALL BANCARIO.**

Nuestra constitución política en el artículo 83 consagra el principio de buena fe, el cual debe estar inmerso en todas las actuaciones tanto de los particulares como de la administración pública, concebido como un mecanismo para buscar la protección de los derechos de las personas al interior de las relaciones de negocios.

Es decir, la buena fe pasó de ser un principio general, consagrado inicialmente en el artículo 769 del Código Civil, a uno de carácter constitucional, lo que conlleva a que, tanto los particulares con las autoridades públicas actúen de forma honesta, leal y correcta, características estas que dan confianza, seguridad y credibilidad a las partes.

Al respecto, del principio de la buena fe la Corte Constitucional<sup>21</sup>, sostuvo lo siguiente:

*“La Corte Constitucional ha considerado que en tanto la buena fe ha pasado de ser un principio general de derecho para transformarse en un postulado constitucional, su aplicación y proyección ha adquirido nuevas implicaciones, en cuanto a su función integradora del ordenamiento y reguladora de las relaciones entre los particulares y entre estos y el Estado, y en tanto postulado constitucional, irradia las relaciones jurídicas entre particulares, y por ello la ley también pueda establecer, en casos específicos, esta presunción en las relaciones que entre ellos se desarrollen”.*

De lo anterior, se permite concluir que, la buena fe debe estar presente en todos los contratos, cualquiera sea su naturaleza, de acuerdo con lo preceptuado por el Código Civil en su artículo 1603, el cual establece que “*los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación o que por la ley pertenecen a ella*”.

<sup>20</sup> Al respecto, en la Sentencia T-751 de 2012, (MP María Victoria Calle Correa

<sup>21</sup> Sentencia C-1194 de 2008

Igualmente, dentro de la legislación comercial existe, en el mismo sentido, norma expresa que indica que los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe. (Artículo 871 del Código de Comercio).

Ahora, con respecto al contrato de seguro, si bien en el artículo 1036 del Código de Comercio no figura la buena fe como elemento estructural del dicho contrato, la jurisprudencia ha coincidido en mencionar que ella hace parte integral del negocio.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, es diáfano que la buena fe es un principio fundamental que debe estar presente en toda relación jurídica negocial, bien sea de carácter civil o comercial. Sin embargo, y como ya es sabido, en el contrato de seguro esta máxima toma una mayor relevancia y un mayor carácter y exigencia, el de la ubérrima buena fe.

Esta ubérrima buena fe les exige a las partes vinculadas a un contrato de seguros, que actúen con *"Honradez, Probidad, Honorabilidad, Transparencia, Diligencia, Responsabilidad y sin dobleces. Identifícase entonces, en un sentido muy lato, la bona fides con la confianza, la legítima creencia, la honestidad, la lealtad, la corrección y, especialmente en las esferas pre-negocial y negocial, con el vocablo 'fe', puesto que 'fidelidad, quiere decir que una de las partes se entrega confiadamente a la conducta leal de la otra en el cumplimiento de sus obligaciones, fiando que ésta no la engañará.*

En tal sentido la sentencia T-251 de 2017 expuso lo siguiente:

*"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".*

*Así las cosas, la buena fe constituye un principio que disciplina y constituye un eje fundamental en los contratos de seguro, obligación que recae en el tomador, quien se encuentra en el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo.*

**Así, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que dispone: "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 de lugar".** (Negrilla y subraya fuera del texto)

Es por ello que la ubérrima buena fe representa en el contrato de seguro la encontramos consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, donde se impone al tomador del seguro *"declarar sinceramente"* todas las circunstancias o hechos que puedan influir en la valuación del riesgo que se pretende asegurar por parte de la compañía aseguradora, y que ayuden al asegurador a conocer su verdadero estado, exigencias relevantes ya que el conocimiento del real estado del riesgo se constituye como la motivación del asegurador para contratar.

Tal como lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia *"Se trata como ya se anotó, de exigencias legales para la contratación, tendientes a que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que pueda conocer en toda su extensión el riesgo que va a asumir, exigencias que deben cumplirse cualquiera que sean las circunstancias en que se produzcan tales declaraciones, esto es, que bien se hagan a iniciativa del particular o de la compañía aseguradora; ora sea precedidas o no de efectos, situaciones o contrataciones anteriores. Es decir, de una u otra manera, lo primordial, lo importante es que las declaraciones que el tomador del seguro haga, sean sinceras, exactas y sin reticencias"*

De lo anterior, se puede concluir sin temor a equívocos que cómo esta declaración de asegurabilidad es el medio que tiene el asegurador para enterarse del estado de ese riesgo del candidato al seguro, por esta razón, nuestra legislación castiga severamente esta falta a la ubérrima buena fe. Dentro de la suscripción del contrato de seguros amparado en la póliza SEGURO VITAL HALL BANCARIO mi representada actuó de buena fe toda vez que con base en la información suministrada por el señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ en el certificado individual sobre su estado de salud, este manifestó que no padecía o había padecido las enfermedades enunciadas en el cuestionario, razón por la cual mi representada procedió a incluirlo como asegurado de dicha póliza, actuación que no se puede predicar del candidato al seguro toda vez que se encuentra plenamente demostrado que omitió o calló, padecimientos o patologías que venían en estado de evolución, como son antecedentes médicos de SÍNDROME DE COLON IRRITABLE Y PROSTATITIS (DIAGNOSTICADO 23-09-2005), Y EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA IPS MEDICA UBA COOMEVA E.P.S. RIOHACHA DE FECHA 21 DE NOVIEMBRE DE 2012 DIAGNOSTICO DE APNEA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO, lo cual se encuentra probado en el historial clínico, antes de haber suscrito la solicitud de seguro y el cuestionario de asegurabilidad propuesto por mi representada, para la inclusión como asegurado en la Póliza de SEGURO VITAL HALL BANCARIO.

Al respecto del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguros la Sentencia T-058 de 2016, establece lo siguiente:

*"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 fundamentales. 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 conocer.*

Es claro que no se puede desmaterializar el contrato de seguro, pues deben confluir los elementos esenciales para que produzca efectos, tales como el que debe existir una obligación condicional del asegurador frente a la ocurrencia del riesgo y que se trate de un hecho futuro e incierto, esto sin contar con la presencia de un vicio en el consentimiento en cabeza del candidato al seguro, pues al no conocer el asegurador de manera adecuada el estado del riesgo no se le permite hacer uso de la facultad discrecional que le otorga el artículo 1056 del Código de Comercio, de asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a los que este expuesto el interés asegurable.

Bajo el presente caso podemos concluir que no existe vulneración alguna de derechos fundamentales al hoy demandante al negar por parte de mi representada la afectación de la póliza con ocasión del ocultamiento por parte del asegurado de información relacionada con su estado de salud, ya que se encuentra plenamente demostrado que el señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ omitió o calló, padecimientos o patologías que venían en estado de evolución, como son antecedentes médicos, constituyendo el evento por el que se reclama además de un hecho cierto (inasegurable), lo que conlleva a una clara reticencia o inexactitud del asegurado, pues ante las enfermedades diagnosticadas con antelación al ingreso a la póliza.

Ahora es importante mencionar, que a pesar de la posición proteccionista de la Corte Constitucional, es importante recordar que la buena fe se predica de ambas partes en las relaciones contractuales y cuando de información relevante para suscribir el contrato de seguro se trata, la parte que es concedora de la misma debe suministrarla de manera clara y exacta, con el fin de que en este caso la aseguradora emita su consentimiento de manera

consiente y voluntaria, asumiendo el riesgo de manera adecuada y realizando los cálculos actuariales pertinentes que conlleven a la seguridad y respaldo del resto del grupo asegurado.

Es claro que si el candidato al seguro tiene pleno conocimiento de su estado de salud y omite dar información a la aseguradora para ser asegurado, haciendo parecer que es un riesgo normal, desequilibra el contrato de seguro, desconoce sus elementos esenciales, vulnera otros derechos fundamentales, afecta el principio de solidaridad y desconoce la función del mismo, independientemente de que se trate de un sujeto de protección especial por su condición de invalidez o discapacidad, debido a que dicho sujeto pretende acceder a una cobertura, sin haber cumplido con los requisitos mínimos de obrar de buena fe, pagar una prima acorde a su riesgo y tener derecho a la indemnización que reclama.

Por lo anteriormente expuesto, es claro que mi representada actuó bajo el principio de buena fe al incluir como asegurado al señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ quien al momento de suscribir el certificado de asegurabilidad no obró de igual manera, es decir actuó de mala fe ocultando su verdadero estado de salud para ser asegurado, por lo anteriormente expuesto esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

#### 5. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

En cuanto al régimen de responsabilidad civil contractual, en el derecho civil colombiano se han señalado los siguientes elementos que la conforman, y, por ende, que surja una obligación de indemnizar por parte del deudor, los cuales son: un perjuicio, una culpa contractual y un vínculo de causalidad entre la culpa y el perjuicio, todo lo cual, debe girar en torno a un contrato válidamente celebrado entre las partes. Por ser este un aspecto que no se encuentra regulado legalmente, la jurisprudencia colombiana ha señalado como elementos comunes entre la responsabilidad contractual y extracontractual que:

*... deben encontrarse acreditados en el proceso los siguientes elementos: una conducta humana, positiva o negativa (...) un daño o perjuicio, esto es, un detrimento, menoscabo o deterioro, que afecte bienes o intereses de la víctima(...) una relación de causalidad entre el daño y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación, y finalmente, un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, por regla general de carácter subjetivo (dolo o culpa) y excepcionalmente de naturaleza objetiva (riesgo).*

En el presente caso la parte actora, solicita como fundamento de sus pretensiones supuestos incumplimientos por parte de las demandadas en el cubrimiento de los riesgos amparados en la póliza de vida.

Teniendo en cuentas lo anterior, tenemos que la acción encuentra su respaldo legal aunque la parte demandante no lo indique en la demanda en la armonización de los artículos 1602 y 1546, en los que se dispone que en caso que uno de los contratantes incumpla sus obligaciones, opera la condición resolutoria, y en tal caso, por efecto de la ley se faculta al otro contratante para pedir a su arbitrio, o el cumplimiento del contrato o su resolución y en ambos casos la indemnización de perjuicios que corresponda.

La jurisprudencia ha determinado que, para la prosperidad de dicha pretensión, se requiere establecer unos supuestos, que ha precisado en los siguientes términos:

*"dos son los requisitos para la prosperidad de tal acción. A.-) Que el contratante contra el cual se dirige la demanda haya incumplido a su carga; y b.- Que el contratante que la proponga haya cumplido o se haya allanado a cumplir lo pactado a cargo suyo<sup>22</sup>.*

<sup>22</sup> CSJ Cas 23 de mayo de 1976 Tomada del CC de la Superintendencia de Notariado.

Lógicamente, lo anterior impone al demandante el traer con el mismo libelo demandatorio la prueba de la existencia y validez del contrato del cual brota la o las obligaciones que se enrostra a los demandados como incumplidas.

Pues bien en el caso bajo estudio, tenemos que la parte demandante arguye incumplimiento de obligaciones en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pero tenemos que no aporta prueba alguna que demuestre la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., solo se menciona que se presentó reclamación y que en virtud de ello teniendo en cuenta las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma, pero no aporta prueba, teniendo la carga de hacerlo, la cual sea demostrativa de conducta por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la cual se ponga en evidencia un incumplimiento.

Ahora, tampoco existe una relación de causalidad entre el supuesto daño y la conducta despegada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pues debe tenerse en cuenta, que, de la reclamación presentada ante el Banco BBVA, por parte del demandante, fue atendida indicando su imposibilidad de continuar la misma hasta tanto no fueran aportados nuevos documentos demostrativos del amparo reclamado.

Así también, es menester mencionar, que es necesario que sea presentada una reclamación aparejada de los comprobantes que permiten acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los términos del artículo 1077 del C. de Co., pues a partir de la formalización del reclamo empieza a correr el término para que la aseguradora reconozca el valor asegurado u objete la misma, de lo contrario dicha reclamación no puede ser considerada formal.

Por último, no existe un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por el cual se le pueda endilgar a título de culpa o dolo, que este incurrió en conducta sobre la cual pueda enrostrársele algún tipo de incumplimiento.

Así las cosas, es claro que no se encuentran reunidos los elementos necesarios para que pueda endilgársele responsabilidad civil contractual en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pues no se cumplen con los presupuestos para que proceda la acción de resolución contractual, por lo que ello conduce necesariamente a la declinación de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

**6. CUALQUIER OTRA EXCEPCIÓN QUE RESULTE PROBADA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO EN VIRTUD DE LA LEY, CONFORME AL ARTICULO 282 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso frente a la demanda, incluida la de prescripción, sin que constituya reconocimiento de responsabilidad por parte de mi procurada.

**PRUEBAS**

Para que se declaren probadas las excepciones propuestas en este escrito, solicito que en la oportunidad procesal correspondiente se decreten, tengan en cuenta y practiquen como pruebas las siguientes:

**DOCUMENTALES**

- Solicitud certificado individual suscrita por el señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ.
- Certificación de la póliza SEGURO VITAL HALL BANCARIO.
- Condiciones generales de la póliza SEGURO VITAL HALL BANCARIO.
- Cartas de objeción de fecha 10 de noviembre de 2016 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
- Copia de la historia clínica del señor HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ.

**INTERROGATORIO DE PARTE**

Que se cite a los demandantes para que absuelva el interrogatorio de parte que les formularé en la respectiva audiencia o diligencia, sobre los hechos de la demanda y su contestación, su citación se puede efectuar en la dirección indicada en la demanda y a ella me remito.

**ANEXOS**

- Los enunciados en el acápite de prueba documental.
- Poder especial otorgado a la suscrita, el cual se encuentra aportado al expediente.
- Certificado de existencia y representación legal de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el cual se encuentra aportado al expediente.

**NOTIFICACIONES**

El demandante y su apoderada reciben notificaciones en las direcciones aportadas en la demanda y a ellas me remito.

La sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12, Edificio Los Venados, en la ciudad de Bogotá D.C.

Por mi parte las recibiré en la secretaría de su Despacho o en la Carrera 58 No. 70-110 Oficina 4 de la ciudad de Barranquilla, o al correo electrónico: [operez@ompabogados.com](mailto:operez@ompabogados.com)

De la señora Juez, atentamente,



**OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS**  
C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd  
T.P. No. 23.817 del C.S.J.

LASA

# BBVA Seguros

NIT: 800.240.982-0

## SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO SEGURO VITAL HALL BANCARIO

# BBVA

NIT: 860.003.020-1

TOMADOR: BANCO BBVA

Con base en la información abajo suministrada y en los requisitos de asegurabilidad presentados, se otorga la inclusión como asegurado en la póliza de Vida Grupo otorgada bajo las siguientes modalidades: Seguro Vital Plus, Vida, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves, Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, Triple Indemnización por muerte Accidental en Transporte Aéreo, Servicios de Asistencia en Viajes y Segunda Opinión Médica orientados por el BBVA exclusivamente para sus clientes. Seguro Vital, Vida, Incapacidad Total y Permanente, Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración y Servicios de Asistencia en Viajes orientados por el BBVA exclusivamente para sus clientes. Así mismo, autorizo cargar de mi cuenta el valor de la prima de acuerdo con la periodicidad de pago elegida y la renovación automática del seguro.

<input checked="" type="checkbox"/>	Cuenta de Ahorros	Número 00130367820200219458	Sucursal: FONSECA
<input type="checkbox"/>	Cuenta Corriente	Número	Código : 0387
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito	Número	

DATOS DEL SOLICITANTE			
<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<b>NOMBRES COMPLETOS</b>	
DUARTE	ALVAREZ	HAROLD MANUEL	
<b>TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	CÉDULA DE CIUDADANIA <input checked="" type="checkbox"/> CÉDULA DE EXTRANJERIA <input type="checkbox"/>	No. 00000017954713	
<b>CIUDAD, DEPARTAMENTO Y PAÍS DE NACIMIENTO</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
FONSECA LA GUAJIRA COLOMBIA		1970-07-22	UNION LIBRE
<b>DIRECCIÓN RESIDENCIA</b>		<b>CIUDAD Y DEPARTAMENTO</b>	<b>TELÉFONO</b>
CLL 4 N 21 A-12 SAN AGUSTIN		FONSECA LA GUAJIRA	000095-7755350
<b>DIRECCIÓN COMERCIAL</b>		<b>CIUDAD Y DEPARTAMENTO</b>	<b>TELÉFONO</b>
DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA CLL 4 N 21 A-12 SAN AGUSTIN		<b>EMPRESA DONDE TRABAJA</b> CARBONES DEL CERREJO N LLC	<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b> EMPLEADO
<b>ACTIVIDAD ACTUAL (DESCRÍBALA)</b> MECANICO		<b>OTRAS ACTIVIDADES</b> LEER	
<b>¿CUÁL ES SU SITIO HABITUAL DE TRABAJO?</b>			
OFICINA <input type="checkbox"/>	ALMACEN <input type="checkbox"/>	HOGAR <input type="checkbox"/>	FÁBRICA <input type="checkbox"/> FINCA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> ¿CUÁLES? <input type="checkbox"/>
<b>INGRESO ANUAL APROXIMADO</b>		<b>MONTO APROXIMADO DE SU CAPITAL EN QUÉ ESTÁ REPRESENTADO</b>	
POR TRABAJO \$		\$	
POR RENTA DE CAPITAL \$		\$	
¿TIENE O HA TENIDO LICENCIA DE PILOTO AVIADOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿VUELA EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A LÍNEAS COMERCIALES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<b>CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO</b>			
<b>VALOR ASEGURADO \$</b>		<b>PRIMA \$</b>	<b>PRIMA EXTRA %</b>
<b>AMPAROS</b>		<b>SERVICIOS</b>	
SEGURO VITAL PLUS VIDA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN (DOBLE INDEMNIZACIÓN), TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE AEREO (ANTICIPO 50%)		SEGURO VITAL PLUS ASISTENCIA EN VIAJES Y SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	
SEGURO VITAL VIDA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN		SEGURO VITAL ASISTENCIA EN VIAJES	
<b>FORMA DE PAGO:</b> ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>SEGURO DE VIDA VIGENTES QUE USTED POSEE</b>			
<b>COMPANÍA</b>	<b>RAMO/No. PÓLIZA</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	
¿A LA FECHA TIENE PENDIENTE ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL, GRUPO O ACCIDENTES? EN CASO AFIRMATIVO, DETALLE <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>			
¿ALGUNA SOLICITUD DE VIDA LE FUE ACEPTADA CON EXTRAPRIMA? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CAUSA, FECHA Y NOMBRE DE LA COMPANÍA <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>			
¿ALGUNA COMPANÍA DE SEGUROS HA REHUSADO ASEGURAR SU VIDA? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>			
<b>BENEFICIARIOS DEL SEGURO</b>			
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>%</b>	

En constancia se firma la presente solicitud en la Ciudad de FONSECA de 2013

a los 12 días del mes DE JUNIO

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. 17954912

GESTOR BBVA

CÓDIGO DEL GESTOR C529273

DESDE EL 15 DE JUNIO DE 2013



### CLÁUSULAS DE LA PÓLIZA CONDICIONES PARA EL PRODUCTO "SEGURO VITAL"

#### AMPARO BÁSICO

Vida  
Cubre a los miembros del grupo asegurado contra el riesgo de muerte, sea por causa natural ó accidental.

#### EXCLUSIONES:

1. No cubre homicidio causado durante el primer año de vigencia de la póliza.
2. No cubre suicidio causado durante el primer año de vigencia de la póliza.

#### AMPAROS ADICIONALES

Incapacidad Total y Permanente, Desmembración ó Inutilización:  
Si durante la vigencia de la póliza y antes de cumplir el asegurado la edad de 65 años quedare incapacitado en forma total y permanente, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para este anexo.

Para efectos de este beneficio se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión ó enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte días (120) días y no haya sido provocado a sí mismo por el Asegurado.

Sin perjuicio de cualquiera otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal la pérdida de la visión por ambos ojos, la pérdida de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie; pérdida de toda una mano o de todo un pie junto con la visión por un ojo; la pérdida del habla o de la audición.

Dentro de este amparo se considera las siguientes pérdidas parciales como anticipo con base en el valor asegurado contratado:

- Por pérdida de una mano 60%
- Por pérdida de un solo pie 60%
- Por pérdida de la visión por un ojo 60%

#### ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION

Muerte Accidental: Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por el presente anexo, siempre y cuando el asegurado no haya alcanzado los 65 años de edad y falleciere como consecuencia de las lesiones sufridas en dicho evento, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pagará a los beneficiarios el valor asegurado tomado bajo este amparo. Para efectos del presente anexo, se entiende por accidente, el suceso externo fortuito, violento, e independiente de la voluntad del asegurado por el cual resulte la muerte o daño.

También se considera como accidente amparado los siguientes eventos: Mordedura de animales, picadura de insectos, los producidos en la práctica de deportes y competencias a nivel aficionado, expediciones y exploraciones, los producidos bajo los efectos de alcohol, ó medicinas por tratamiento médico, los ocasionados por movimientos sísmicos, terremotos, huracanes, inundaciones, volcanes y maremotos, la muerte o lesiones recibidas por el asegurado con motivo de un hurto calificado o de una tentativa de hurto calificado.

#### EXCLUSIONES

Bajo el presente anexo no se cubre pérdida alguna, incluyendo la de la vida, que sea como consecuencia de:

- a. Cualquier clase de enfermedad.
- b. Tratamiento médico o quirúrgico (excepto el que se necesitare únicamente a consecuencia de lesiones cubiertas por este anexo).
- c. Suicidio o tentativa de suicidio
- d. Los accidentes ocurridos durante la prestación del servicio ante la fuerza militar, naval, aérea o de policía.
- ae. Los actos causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter penal.

#### Beneficios por Desmembración:

Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por el presente anexo el asegurado padeciere como consecuencia de dicho evento alguna de las pérdidas descritas a continuación, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pagará del valor asegurado tomando los siguientes porcentajes:

- a. Pérdida total e irrecuperable de la vista por ambos ojos. 100%
- b. Pérdida de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie. 100%
- c. Pérdida de una mano o de un pie junto con la pérdida total e irrecuperable de la vista por un ojo 100%
- d. Pérdida total e irreparable del habla o de la audición de ambos oídos. 100%
- e. Por la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie. 60%
- f. Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo. 60%
- g. Por la pérdida o inutilización total y permanente del dedo pulgar de una de las manos. 20%
- h. Por la pérdida ó inutilización total y permanente de uno cualquiera de los restantes de dos de las manos. 10%
- i. Por la pérdida ó inutilización total y permanente de cada uno de los dedos de los pies. 10%

#### ASISTENCIA EN VIAJE

Se garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata en forma de prestación económica o de servicios, cuando éste se encuentre en dificultades como consecuencia de un evento fortuito ocurrido en el curso de un viaje fuera de su domicilio

habitual, realizado e cualquier medio de locomoción para efectos de las prestaciones a las personas, de acuerdo con los términos y condiciones de este servicio y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo ya sea a nivel nacional e internacional:

- Transporte o repatriación en caso de lesiones o enfermedad del asegurado o beneficiario
- Transporte o repatriación de los asegurados y/o beneficiarios.
- Gastos complementarios de ambulancia.
- Desplazamiento y estancia de un familiar del asegurado y/o beneficiario
- Desplazamiento del asegurado por interrupción del viaje debido a fallecimiento de un familiar.
- Asistencia hospitalaria por lesión o enfermedad en el extranjero.
- Gastos odontológicos del asegurado o beneficiario en el extranjero.
- Prolongación de la estancia del asegurado o beneficiario en el extranjero por lesión o enfermedad.
- Repatriación del asegurado beneficiario fallecido.
- Transmisión de mensajes urgentes.
- Envío urgente de medicamentos fuera de Colombia.
- Transporte de ejecutivos.
- Orientación por pérdida de documentos.
- Orientación para asistencia jurídica.
- Localización y transporte de los equipajes y efectos personales.
- Pérdida de equipaje en vuelo comercial nacional o internacional.

#### IRREDUCTIBILIDAD:

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

#### TERMINACION DEL AMPARO INDIVIDUAL:

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

- a. Por falta de pago de la prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza, si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato, por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que se cumpla la edad de 70 años.
- g. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, o en el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, si han sido contratados por el Tomador.
- h. En el momento de disolución del grupo asegurado

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

#### CONVERTIBILIDAD:

Los asegurados menores de 65 años de edad que se separen del grupo tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza pero sin beneficios adicionales en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., con excepción los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El contrato individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extraprima que corresponda al seguro de vida individual.

#### INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD:

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

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., el contrato quedará sujeta a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde la relación matemática con la prima anual percibida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
- c. Si es menor el valor del asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

Nota El asegurado se obliga a mantener vigente la póliza de seguro durante cada periodicidad de pago que haya elegido en la solicitud de Seguro de Vida Grupo, sin embargo el asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, mediante comunicación escrita a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. enviada con no menos de 30 días comunes de antelación a la fecha de iniciación del nuevo periodo de pago, fecha a partir de la cual se entenderá revocado el contrato de seguro.

EL BANCO ACTÚA BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y POR LO TANTO, NO ASUME NINGUNA OBLIGACION FRENTE AL CLIENTE RELACIONADA CON LA EJECUCION DEL NEGOCIO QUE DA ORIGEN A ESTA TRANSACCION.



Seguros

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

**Nit. 800.240.882 - 0**

**CERTIFICA:**

Que: Él (la) señor (a) **HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ (Q.E.P.D)**, identificado(a) en vida con la cédula de ciudadanía No. **17.954.713**, estuvo asegurado(a) con la Póliza de Seguro **Vital Hall Bancario No. 02 208 0004252670**, Certificado No. **0013-0367-88-4000291184**, amparado bajo las siguientes coberturas:

<b>AMPARO</b>	<b>VR. ASEGURADO</b>
VIDA (Muerte Natural o Accidental)	\$21,134,200.80
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	\$21,134,200.80
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (DESMEMBRACIÓN - INUTILIZACIÓN)	\$21,134,200.80
<b>ASISTENCIA EN VIAJES</b>	

La póliza fue formalizada con una periodicidad de pago mensual el 12/06/2013 y cancelada por mora el 11/12/2015. El último débito aplicado fue por \$19,809, el 12 de noviembre de 2015 y correspondió al periodo del 12/11/2015 al 11/12/2015.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de julio del año dos mil veintiuno (2021).

Cordialmente,

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

Elaboró VBL

Se adjunta copia del clausulado de la póliza.

# BBVA Seguros

Bogotá, Noviembre 10 de 2016



Señores  
BBVA COLOMBIA S.A.  
Sucursal Fonseca  
Gerente

REFERENCIA	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	ASEGURADO	HAROLD MANUEL DUARTE ALVAREZ
	PÓLIZA	BS VITAL 011
	RECLAMO	523202066033
	OBLIGACIÓN	130367884000291184

Respetados Señores:

Analizada y revisada la documentación soporte de la reclamación presentada en días pasados, afectando el amparo de Vida por el fallecimiento del asegurado de la referencia, hecho ocurrido el 10 de diciembre de 2015, y de acuerdo con la Historia Clínica de las IPS médica punto de atención Fonseca, encontramos que el señor Duarte Alvarez tenia antecedentes de: Síndrome del colon irritable y prostatitis (diagnosticado 23-09-2005) y en la Historia Clínica de la IPS médicas Uba Coomeva Riohacha de fecha noviembre 21 de 2012 encontramos diagnóstico de Apnea del sueño en tratamiento.

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.

Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador dentro del contrato de seguro, su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

3/11/2016

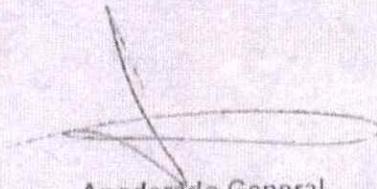
adelante.

De acuerdo con el Principio de la Buena fe contractual y en aplicación del Artículo 1058 del Código de Comercio, el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hecho que no fue atendido correctamente al obviar mencionar la enfermedad citada anteriormente, la que por su connotación tenía que ser de conocimiento para la aseguradora, para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

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.

Teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores, el día 12 de Junio de 2013, se omitió declarar dichas patologías, obligado a hacerlo en virtud del citado artículo, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses

Cordialmente,



Apoderado General  
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

MZRH