

326

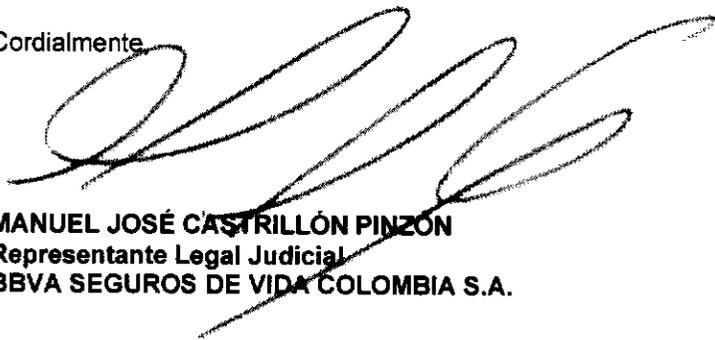
Señor
JUEZ VEINTIOCHO (28) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E.S.D.

REF. Radicado No. 2018-00630.
Demandante: Jackeline Barreto Quemba
Demandado: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A

MANUEL JOSÉ CASTRILLÓN PINZÓN, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.061.733.649 de Bogotá, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, respetuosamente me dirijo a Usted con el fin de manifestar que por medio del presente escrito, le otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 y Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso de la referencia.

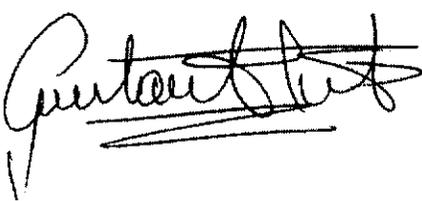
En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse de todas las providencias que se dicten en desarrollo del proceso, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes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

Cordialmente

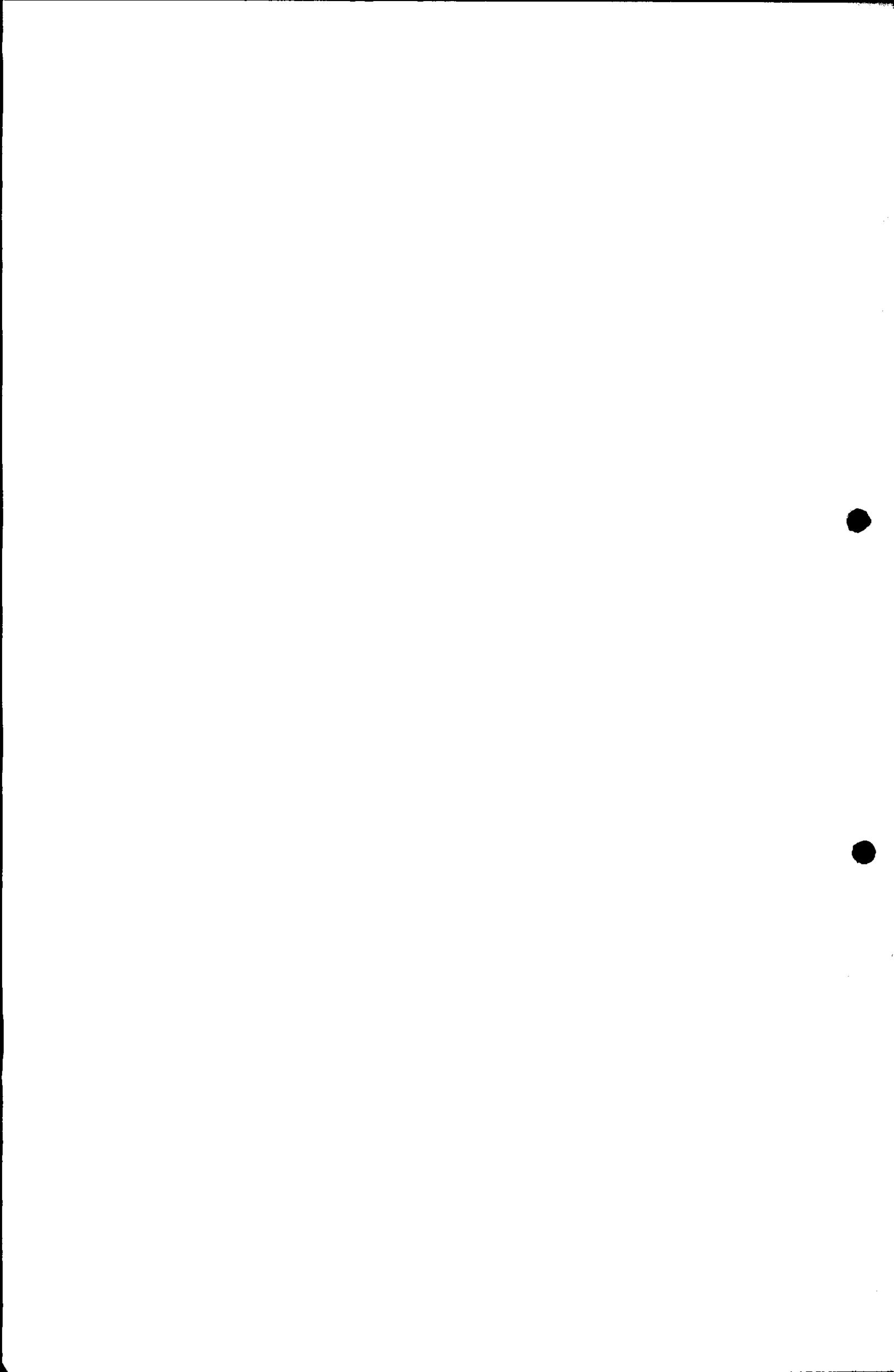


MANUEL JOSÉ CASTRILLÓN PINZÓN
Representante Legal Judicial
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Acepto,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. 19.395.114
T.P. 39.116
gherrera@gha.com.co
notificaciones@gha.com.co



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1906628605356139

Generado el 04 de enero de 2021 a las 17:03:30

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

EL SECRETARIO GENERAL

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

CERTIFICA

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

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

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

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

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

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

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

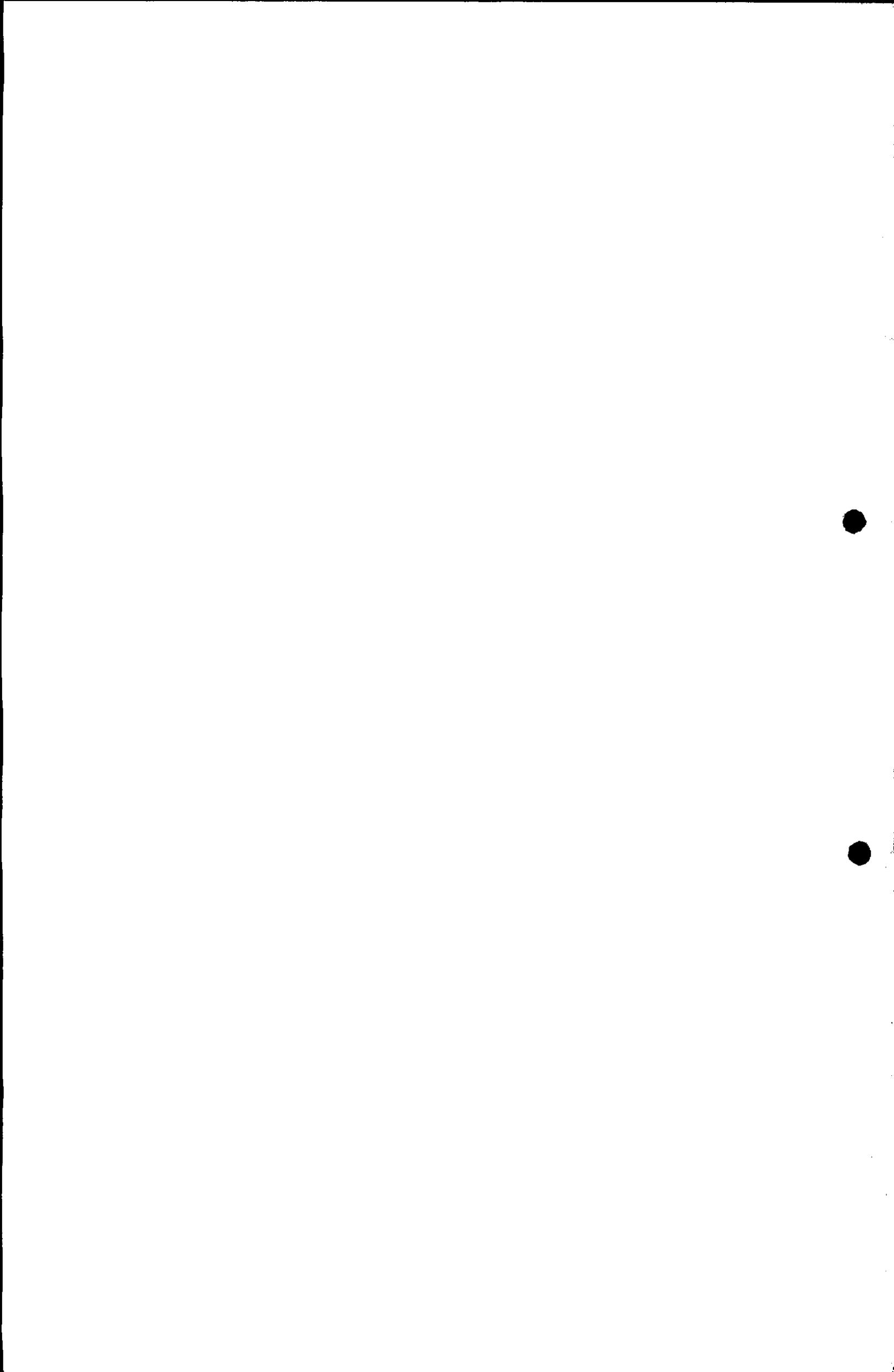
Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

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

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

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





328

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1906628605356139

Generado el 04 de enero de 2021 a las 17:03:30

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

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

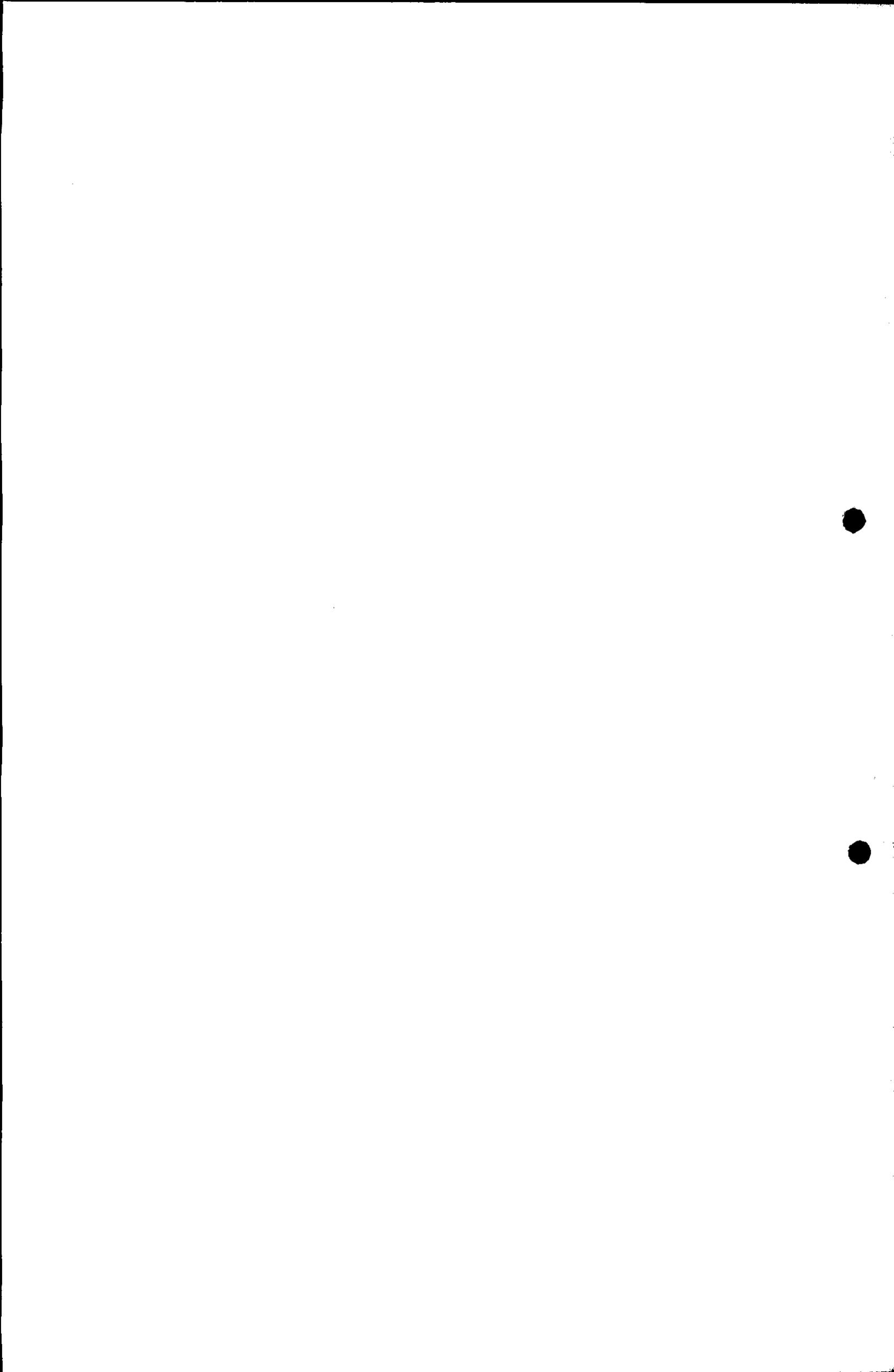
Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

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

RAMOS: Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.
 Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud
 Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
 Conmutador: (571) 5 94 02 00 - 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co





SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1906628605356139

Generado el 04 de enero de 2021 a las 17:03:30

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

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

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

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

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

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

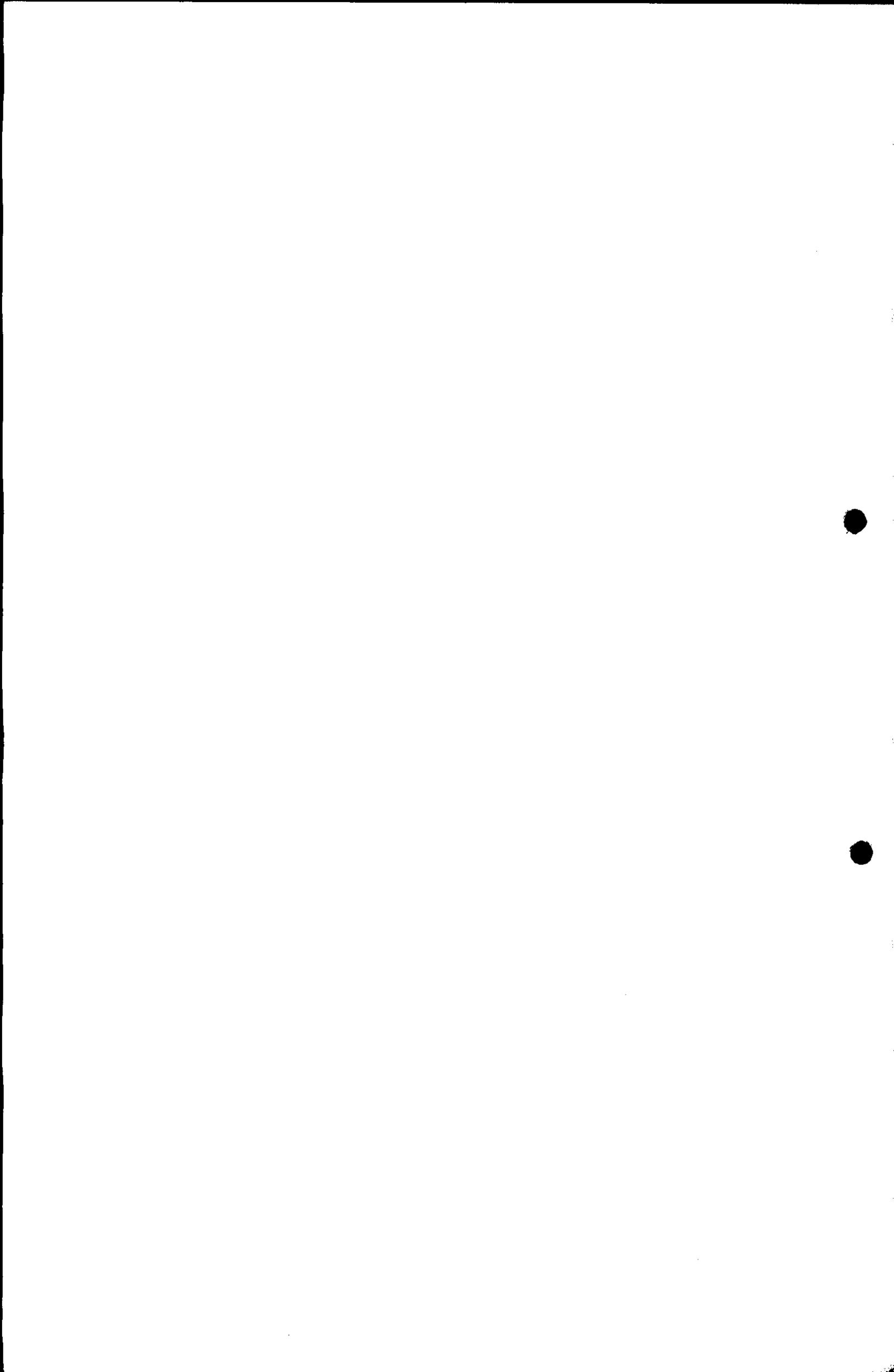
Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.

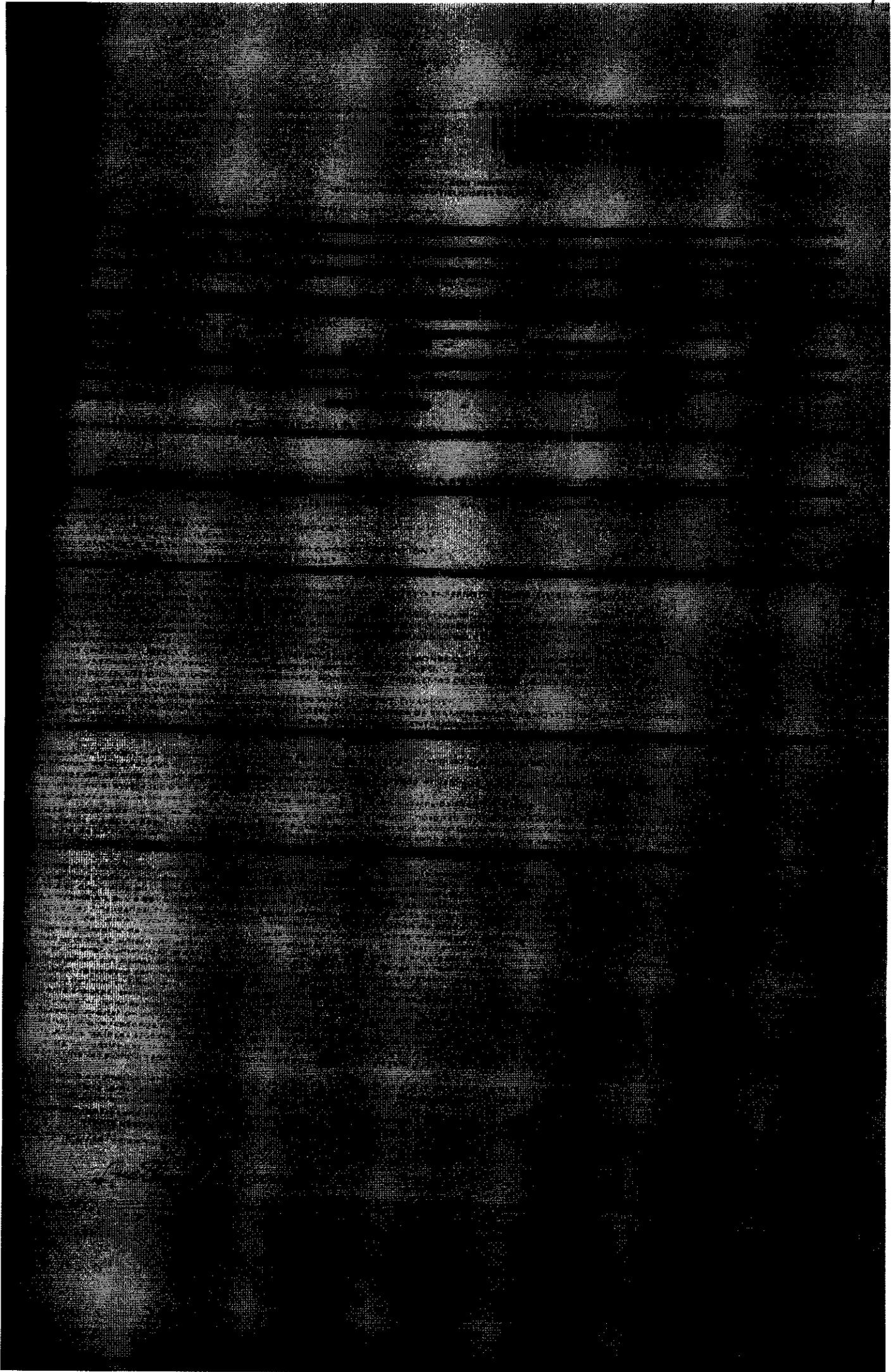
**MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL**

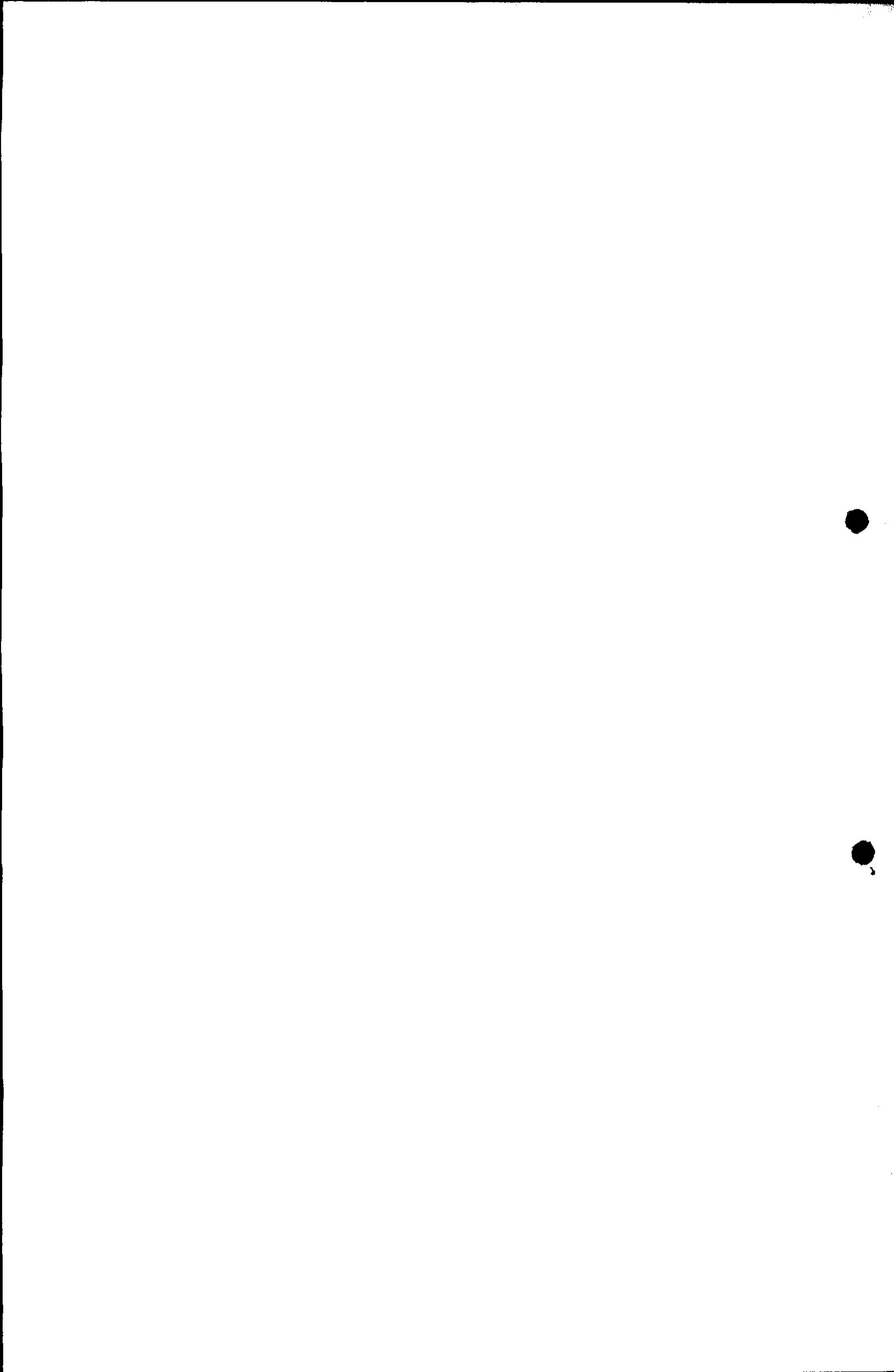
"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA









331

BBVA Seguros

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO BÁSICO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. EN ADELANTE DENOMINADA "LA COMPAÑIA" CUERTE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA INCLUYENDO EL SUICIDIO, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA - EL TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

CLÁUSULA SEGUNDA - GRUPO ASEGURADO

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma persona jurídica en virtud de una situación legal, reglamentaria, o que tiene con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

CLÁUSULA TERCERA - PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, "LA COMPAÑIA" concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, "LA COMPAÑIA" tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y "LA COMPAÑIA" quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CLÁUSULA CUARTA - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo, cuando las primas dependen de la producción periódica para la amortización de la deuda, o cuando las primas se pagan a cargo de las arrendas a recargo por renta de la deuda.

CLÁUSULA QUINTA - REVOCACION DEL CONTRATO

Si el Tomador avisa por escrito a "LA COMPAÑIA" para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del aviso de tal revocación por "LA COMPAÑIA" o en la fecha en que el Tomador avisa para tal terminación, la que ocurra primero. El Tomador será responsable de pagar a "LA COMPAÑIA" todas las primas adeudadas en esa fecha.

"LA COMPAÑIA" devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

CLÁUSULA SEXTA - DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y los asegurados, individualmente o conjuntamente, obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que se sea propuesto por "LA COMPAÑIA".

La retención o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que sonados por "LA COMPAÑIA", la hubieren impedido celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con referencia a un cuestionario determinado, la nulidad o inexactitud produce igual efecto si el tomador no se cubrió por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la nulidad o la retención proviene de error inevitable del tomador, el contrato no será nulo, pero "LA COMPAÑIA" solo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que se habría pagado la prima si el contrato representara el punto de la tarifa de prima correspondiente a la edad o estado del riesgo.

Si la nulidad o inexactitud proviene del asegurado, se extinguirá la prima sin interés, respecto de su vigencia futura.

CLÁUSULA SEPTIMA - IRREDUCIBILIDAD

332

BBVA Seguros

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

CLÁUSULA OCTAVA - TERMINACIÓN 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 prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpja la edad en 71 años.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, o en el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

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

CLÁUSULA NOVENA - RENOVACIÓN

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 65 años que se separen del grupo tendrán derecho asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite "LA COMPAÑIA", con excepción de los planes temporales o crecientes siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza

resgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que correspondiera al seguro de vida individual.

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

CLÁUSULA ONCE - INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados en la tarifa de "LA COMPAÑIA", el contrato quedará sujeto a la tarifa prevista en el artículo 1659 del Código de Comercio.
- b. Si es menor, el valor del seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor quede de conformidad con la prima anual percibida por "LA COMPAÑIA".
- c. Si es mayor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

CLÁUSULA DOCE - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

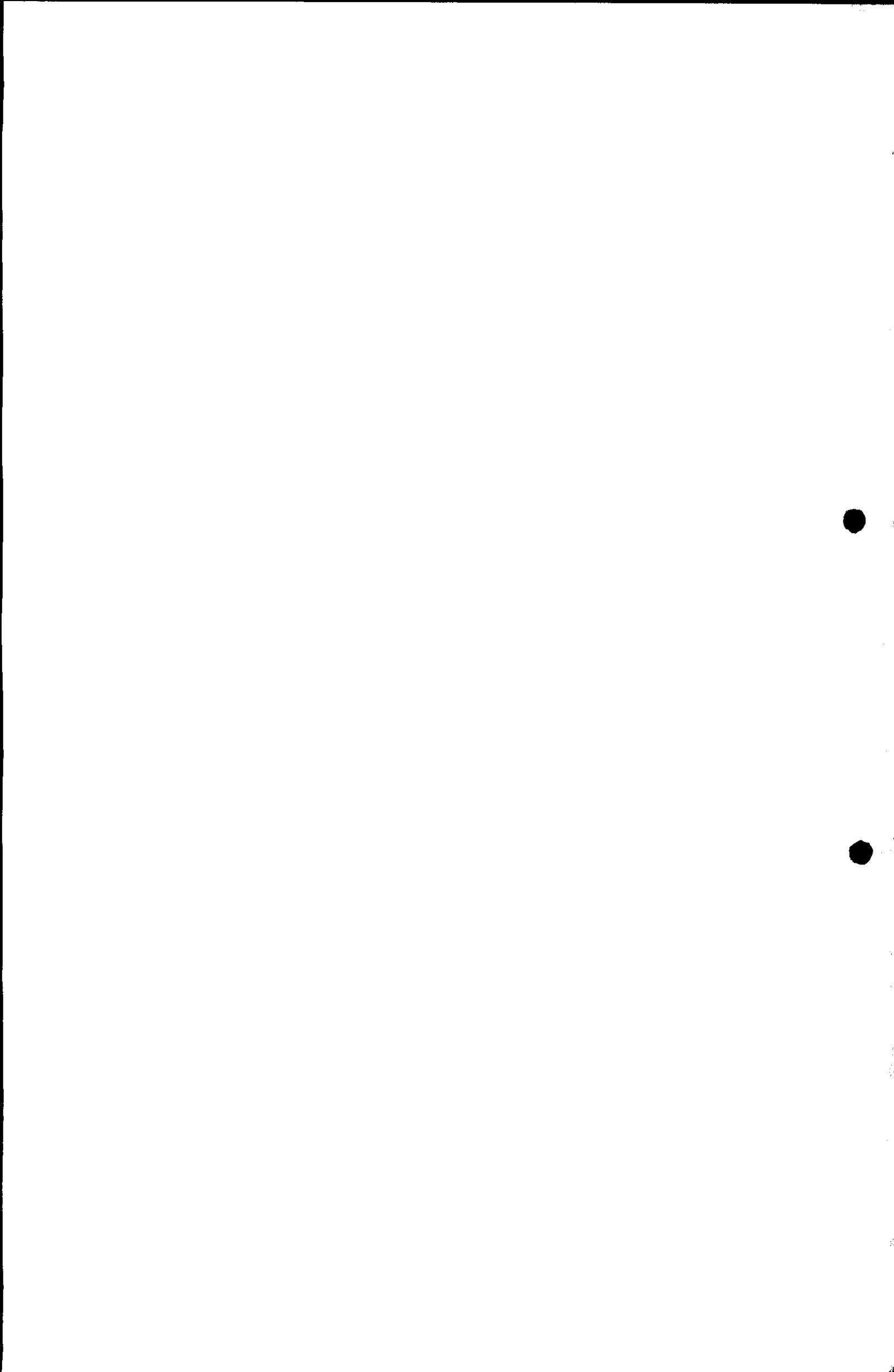
"LA COMPAÑIA" o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá por cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

CLÁUSULA TRECE- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haya ineficaz o quede sin efecto por falta en forma, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos iguales de cada una de las mitades. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se extinguieren los dos por su muerte, primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.



333

BBVA Seguros

CLÁUSULA CATORCE – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario según el caso quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o falsos.

CLÁUSULA QUINCE – AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a "LA COMPAÑIA" dentro de los 80 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CLÁUSULA DIEZ Y SEIS – PAGO DE INDEMNIZACIONES

"LA COMPAÑIA" pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante "LA COMPAÑIA". Vencido este plazo, "LA COMPAÑIA" reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar la suma máxima de interés monetario vigente en el momento en que se efectúa el pago.

Para el pago de la indemnización el tomador o beneficiarios entregarán a "LA COMPAÑIA" las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPAÑIA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPAÑIA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPAÑIA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

"LA COMPAÑIA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos, la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, a los hubiere.

CLÁUSULA DIEZ Y SIETE – DERECHOS DE INSPECCIÓN

"LA COMPAÑIA" se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLÁUSULA DIEZ OCHO – ADHESIÓN

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legítimamente autorizadas y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

CLÁUSULA DIEZ Y NUEVE – NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, a constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CLÁUSULA VEINTE – PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de las partes de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA VEINTIUNA – DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

CLÁUSULA VEINTIDOS – OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

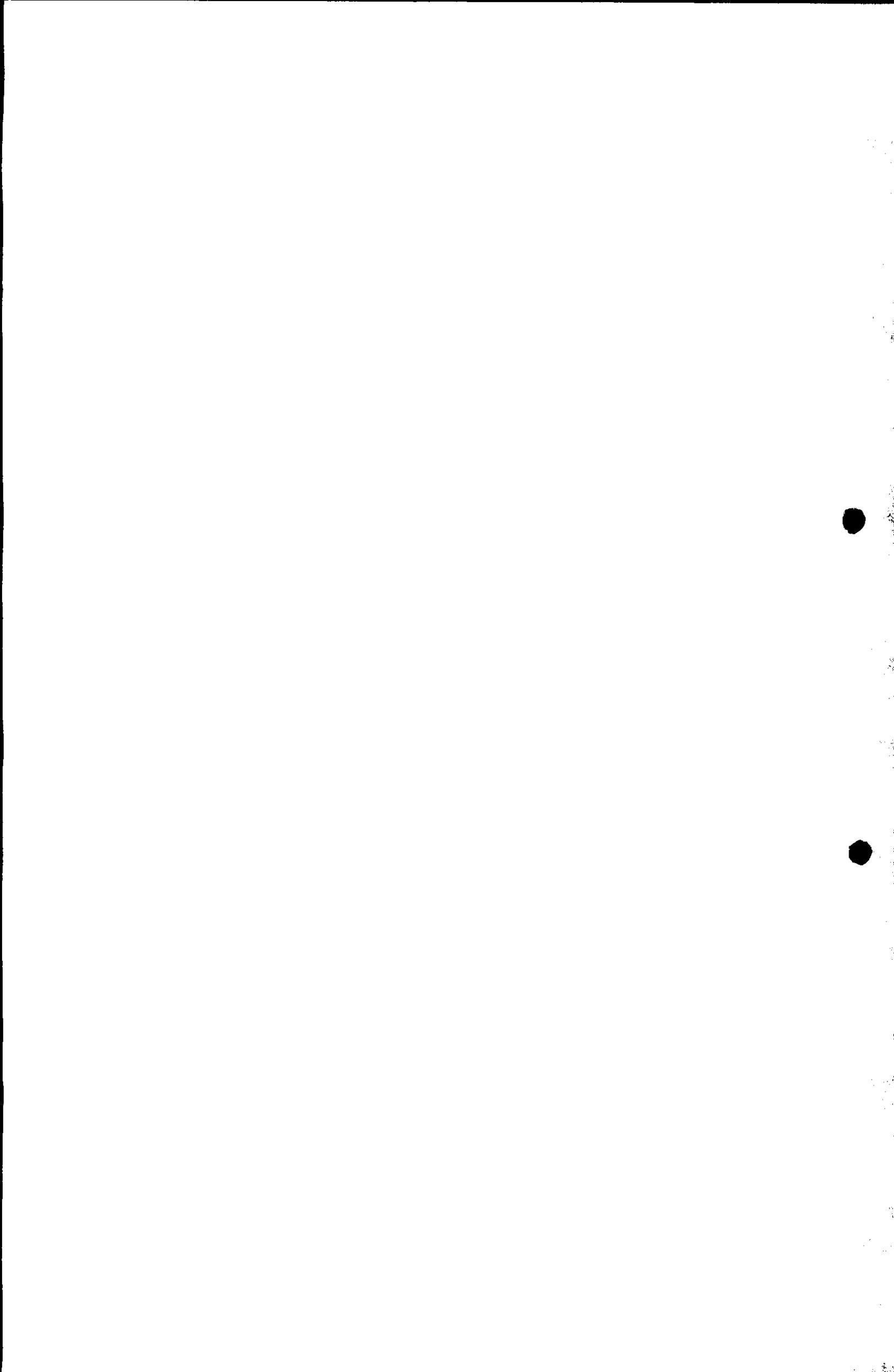
Como requisito a las normas legales a tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige "LA COMPAÑIA" como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará el momento de renovación o por lo menos actualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

CLÁUSULA VEINTITRÉS – DOMICILIO

En paralelo de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

VI009-0403-1

VI009-0403-1



934

BBVA Seguros

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Por convenio entre LA COMPAÑIA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la póliza a la cual acceda y antes de cumplir el asegurado la edad de 70 años y 364 días, quedare incapacitado en forma total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para este anexo y que consta en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares.

Para efectos de este beneficio, incluyendo los regímenes especiales, se entienda por Incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de incapacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas médicas o nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier causa de incapacidad total y permanente, para efectos de este amparo se considerara como tal: (i) la pérdida de la visión por ambos ojos, (ii) la pérdida de ambas manos o ambos pies, (iii) la pérdida de toda una mano y de todo un pie, (iv) la pérdida de toda una mano o de todo un pie junto con la visión por un ojo, (v) la pérdida del habla o de la audición.

Este amparo se configura exclusivamente con la fecha de Calificación de la incapacidad, la cual se considerará la fecha del siniestro, y su indemnización no es acumulable al seguro de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la compañía quedara liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado.

1.2 DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Mediante el presente anexo, la compañía se obliga a pagar al asegurado las sumas que resulten de aplicar al valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares para dicho anexo, los porcentajes que a continuación se detallan, si dentro de los 120 días siguientes contados desde la fecha en que el asegurado sufre un evento causal, estas dan lugar a una desmembración o inutilización en los términos que a continuación se señalan:

- a. POR LA PÉRDIDA DE UNA MANO 60%
- b. POR LA PÉRDIDA DE UN SOLO PIE 60%
- c. POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN POR UN OJO 60%

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO:

(i) Se considerará como tal:

- a. la pérdida, inutilización o amputación traumática o quirúrgica por la muñeca o parte proximal de ella.
- b. la pérdida, inutilización o amputación traumática o quirúrgica por el tobillo o parte proximal de él.
- c. la pérdida total e irreparable de la visión.
- d. la pérdida total e irreparable de la audición de ambos oídos.
- e. la pérdida total e irreparable del habla.

(ii) Se considerará como tal la pérdida funcional total.

En algunos casos la indemnización acumulada por los beneficios del presente anexo podrá ser superior al 100% del valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares para dicho anexo.

2. CONVERTIBILIDAD

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

3. DISPOSICIÓN ESPECIAL

En el caso de que este anexo se expida en la aplicación a una póliza de seguro de vida grupo de cedores, no se aplicará el umbral de edad contemplado en el NUMERAL 1.1 de este anexo.

Para mayor información de nuestros productos y servicios, puede comunicarse al 01 8099 974 820 a nivel nacional, al 4 232 224 en Bogotá, para su atención al 7573 desde un celular, escribimos al buzón de correo bbvaseguros@bbva.com.co o dirigirse a nuestra página web www.bbva.com.co

335

From: **GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS** notificaciones@gha.com.co
Subject: **DERECHO DE PETICION CON FINES JUDICIALES // PRUEBAS PARA INCORPORAR AL PROCESO 110013103028-2018-00630-00 // JUZGADO 28 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA**
Date: 5 de abril de 2021, 3:04 p.m.
To: Secretaria.general@nuevaeps.com.co
Cc: **GHA BRYAN FERNANDO RAMÍREZ MANJARRÉS** bramirez@gha.com.co



Señores

NUEVA EPS

Cra. 85 K No. 46A – 66 Piso 2 y 3

Bogotá D.C.

Secretaria.general@nuevaeps.com.co

E.S.D.

REF. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA

DEMANDANTE: JACKELINE BARRETO QUEMBA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

JUZGADO: Veintiocho (28) civil del circuito de Bogotá D.C.

RADICADO: 110013103028-2018-00630-00

ASUNTO: SOLICITUD DE DOCUMENTOS

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

1. **PETICIÓN**

Comendidamente solicito se remita a la dirección del suscrito y al **JUZGADO 28 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, con destino al proceso judicial de la referencia:

- Copia íntegra y auténtica de la historia clínica de la señora ANA OLIVIA QUEMBA DE BARRETO, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 41.450.851 de Bogotá D.C., correspondiente al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2016.

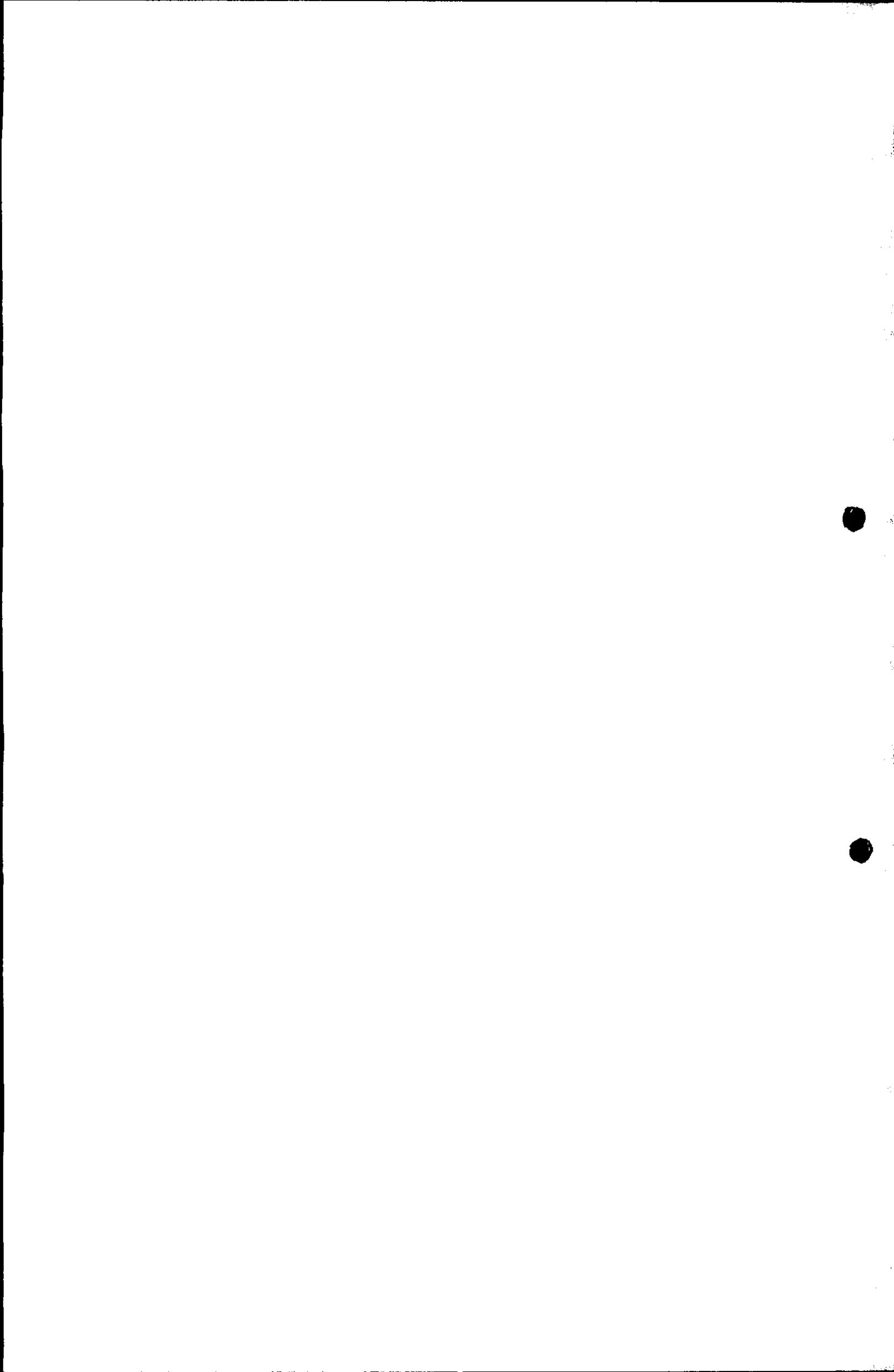
La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

2. **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

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

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

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



336

"Artículo 96. Contestación de la Demanda. La contestación de la demanda contendrá:

(...)

4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente."

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

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

"Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.

(...)

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

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se formula, debe ser remitido al suscrito y a **JUZGADO 28 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados; solicitud que se presenta en consideración de todos los fundamentos jurídicos que se vienen de mencionar.

3.

NOTIFICACIONES

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

El **JUZGADO 28 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, las recibirá en la dirección de correo electrónico ccto28bt@cendoj.ramajudicial.gov.co en la dirección física Calle 12 No. 9 – 23 Piso 5.

Cordialmente,

Gustavo Alberto Herrera Ávila.



Derecho de petición
Nueva EPSpdf.pdf

Señor
**JUEZ VEINTIOCHO (28) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E.S.D.**

**REF. Radicado No. 2015-00630.
Demandante: Jackeline Barreto Quemba
Demandado: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A**

397

MANUEL JOSÉ CASTRILLÓN PINZÓN, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.061.733.649 de Bogotá, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, respetuosamente me dirijo a Usted con el fin de manifestar que por medio del presente escrito, le otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 y Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso de la referencia.

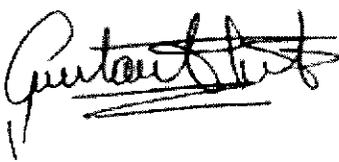
En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse de todas las providencias que se dicten en desarrollo del proceso, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, resumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes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

Cordialmente,



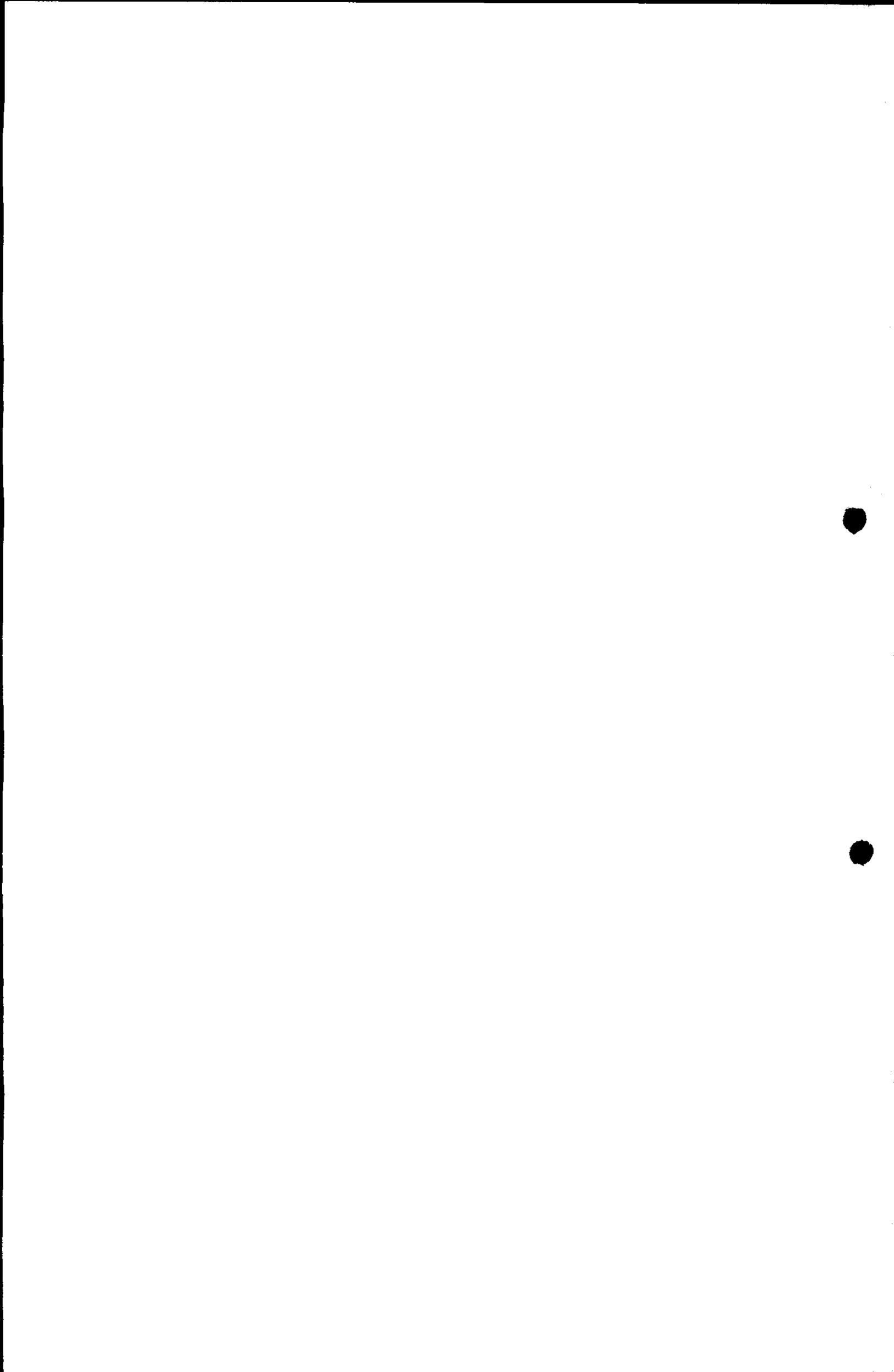
MANUEL JOSÉ CASTRILLÓN PINZÓN
Representante Legal Judicial
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

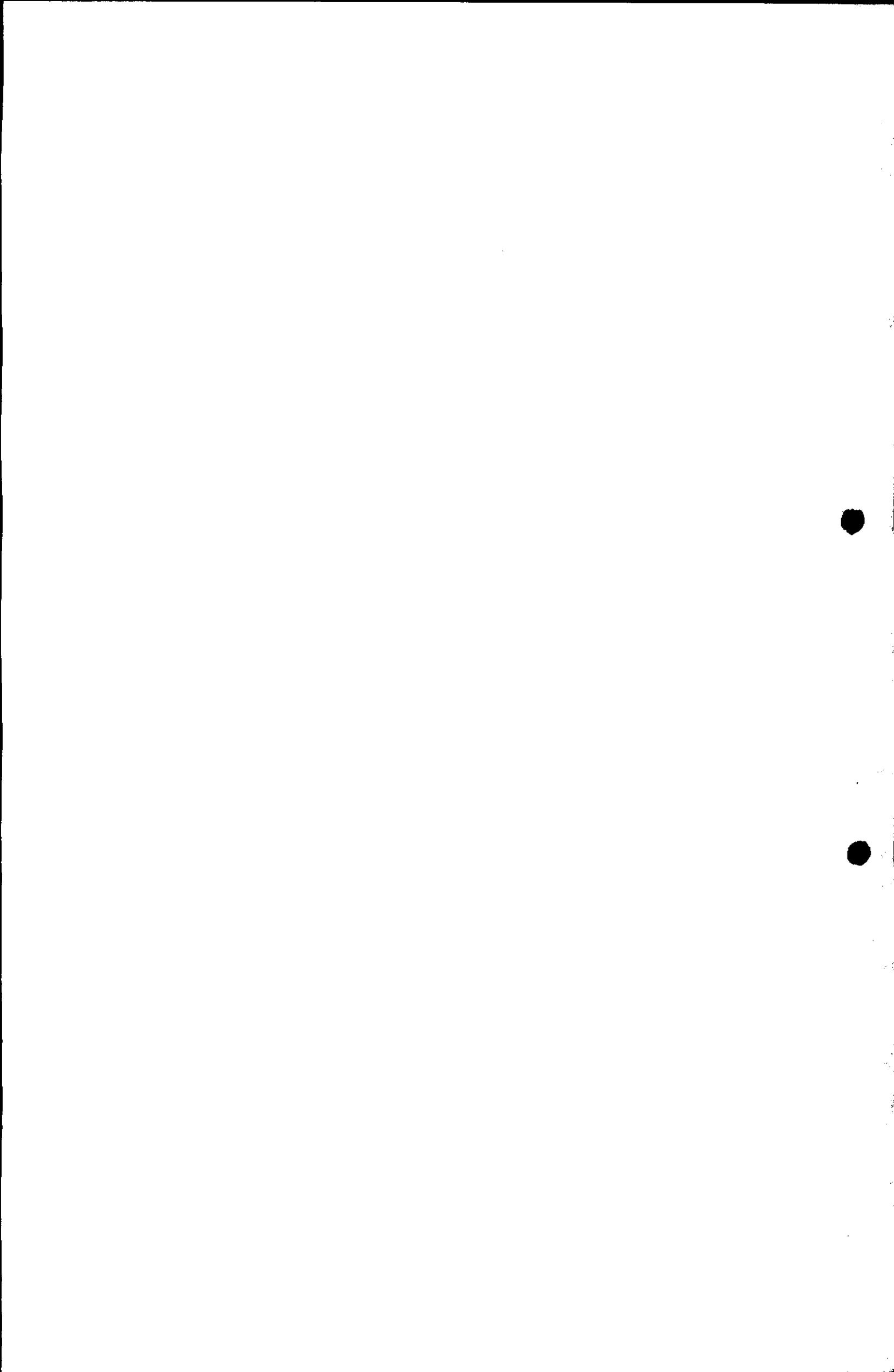
Acepto,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. 19.395.114
T.P. 39.116
gherrera@gha.com.co
notificaciones@gha.com.co







339

Bogotá D.C., 05 de abril de 2021

Señores
NUEVA EPS
Cra. 85 K No. 46A – 66 Piso 2 y 3
Bogotá D.C.
Secretaria.general@nuevaeps.com.co
E.S.D.

REF. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA
DEMANDANTE: JACKELINE BARRETO QUEMBA
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
JUZGADO: Veintiocho (28) civil del circuito de Bogotá D.C.
RADICADO: 110013103028-2018-00630-00
ASUNTO: SOLICITUD DE DOCUMENTOS

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

A. PETICIÓN

Comendidamente solicito se remita a la dirección del suscrito y al **JUZGADO 28 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, con destino al proceso judicial de la referencia:

- Copia íntegra y auténtica de la historia clínica de la señora ANA OLIVIA QUEMBA DE BARRETO, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 41.450.851 de Bogotá D.C., correspondiente al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2016.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

B. FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:
 - El artículo 23 de la Constitución Política de 1991,
 - Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y,
 - Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.
2. En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de

390

demanda ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código de Procedimiento Civil. Proceso de esta manera:

"Artículo 96. Contestación de la Demanda. La contestación de la demanda contendrá:

(...)

4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente."

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

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

"Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.

(...)

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

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se formula, debe ser remitido al suscrito y a **JUZGADO 28 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados; solicitud que se presenta en consideración de todos los fundamentos jurídicos que se vienen de mencionar.

C. NOTIFICACIONES

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

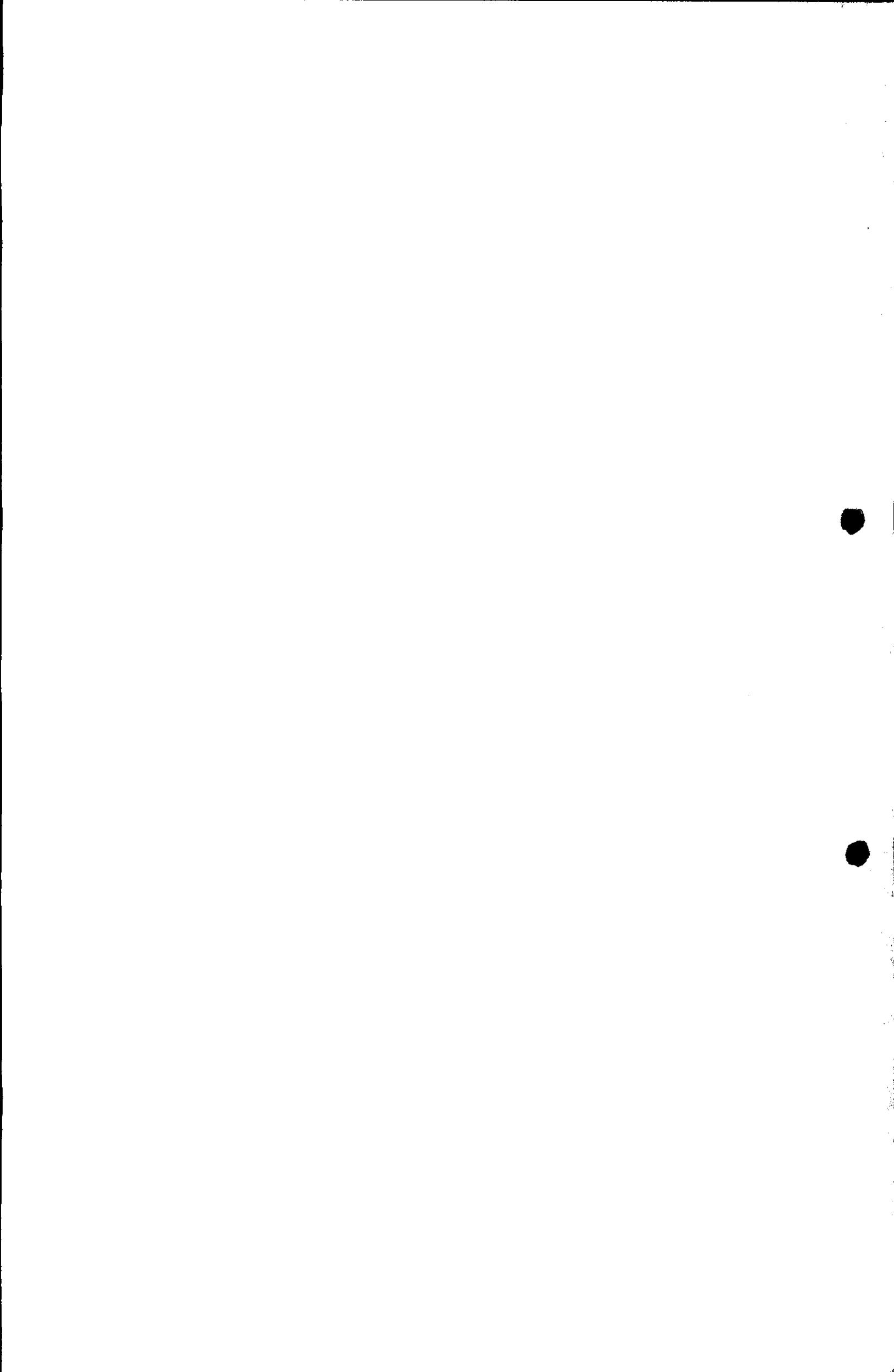
El JUZGADO 28 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C., las recibirá en la dirección de correo electrónico ccto28bt@cendoj.ramajudicial.gov.co y en la dirección física Calle 12 No. 9 – 23 Piso 5.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá

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



SEÑORES

JUZGADO VEINTIOCHO (28) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

REF. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA

DEMANDANTE: JACKELINE BARRETO QUEMBA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICADO: 110013103028-2018-00630-00

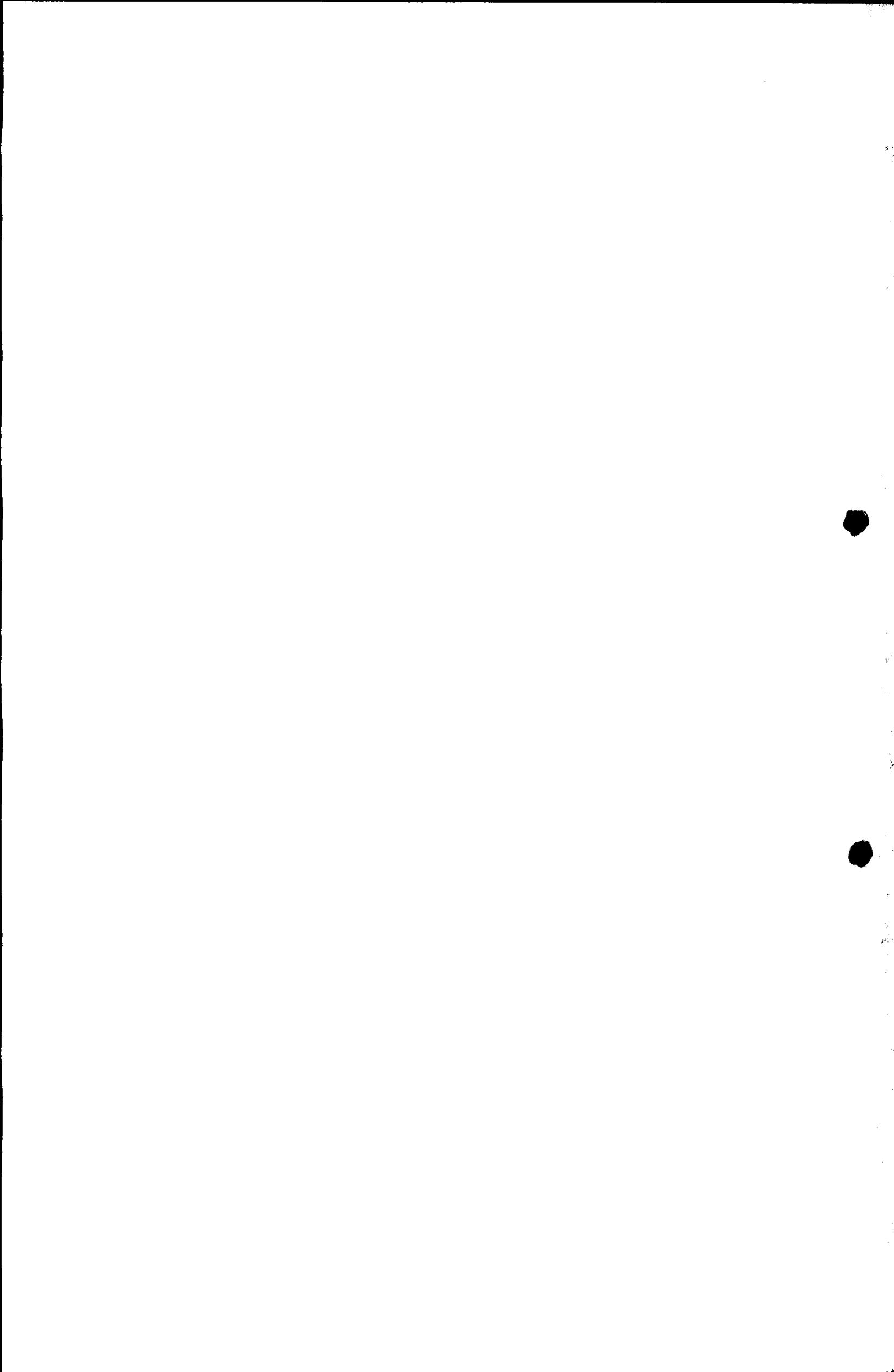
ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE DEMANDA

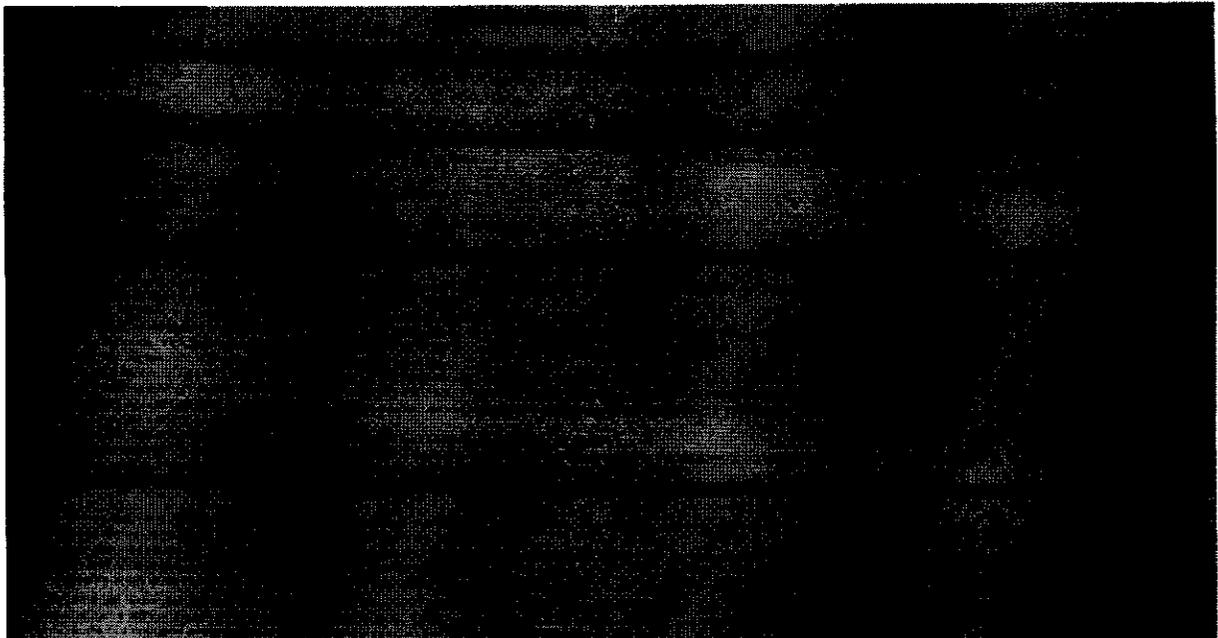
GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA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

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Al hecho 1: Sí bien es cierta la existencia de la obligación identificada con el número 9600233310, el señor Juez debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocaron los productos. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

Sin embargo, resulta fundamental desde ahora tomar en consideración que la señora ANA OLIVIA QUEMBA DE BARRETO suscribió el siguiente documento el día 12 de febrero de 2016:





Documento: Certificado Individual de Seguro crédito 9600233310.

Transcripción parte esencial: *“Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio”.*

En este punto, se debe resaltar el artículo sexto de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, los cuales establecen deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero. La norma previamente citada crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

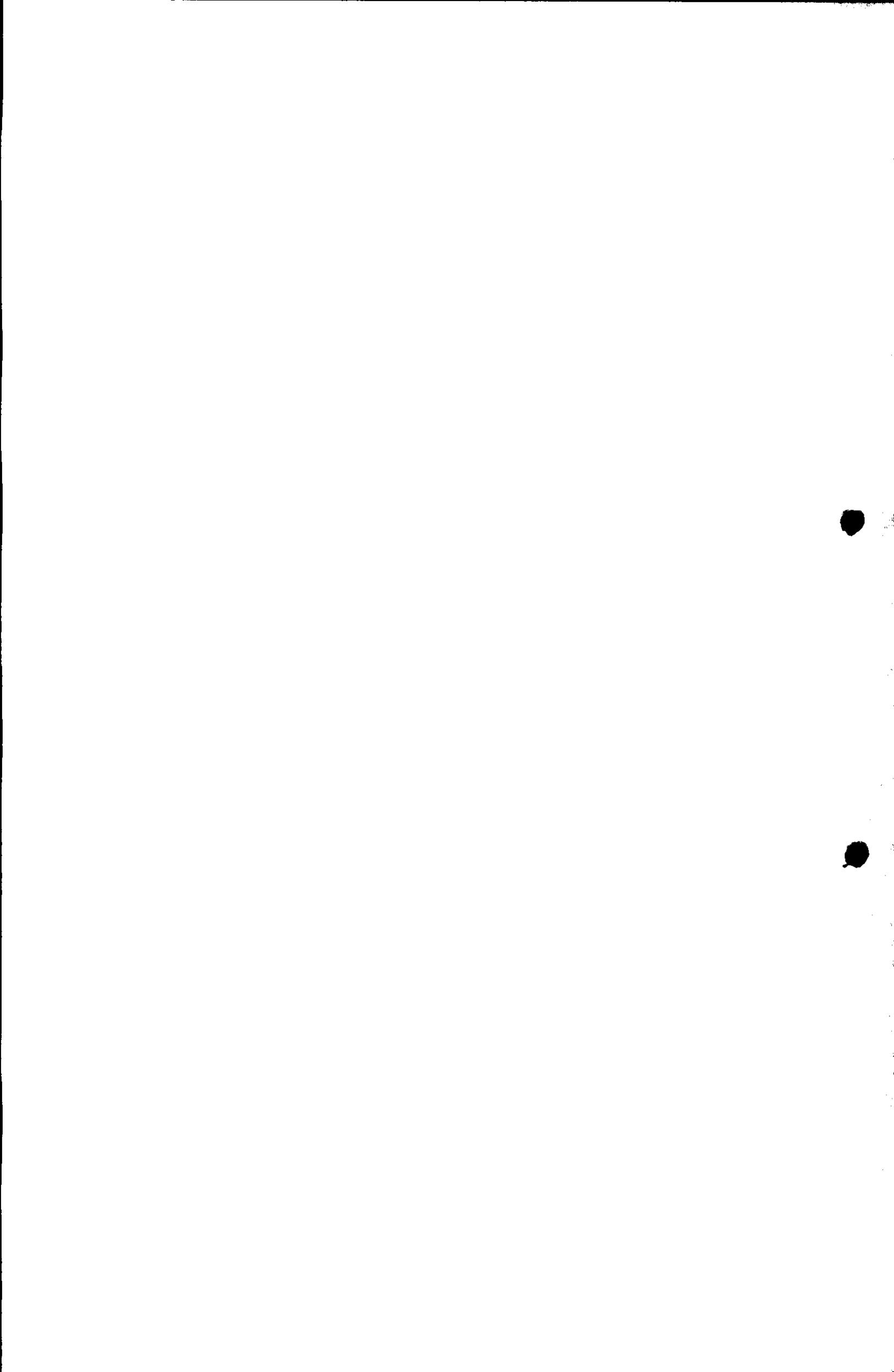
“ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. *Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:*

(...)

b) Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, *indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le permitan la toma de decisiones informadas.*

(...)

d) Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato *y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)”*



En otros términos, la norma previamente expuesta crea la obligación en cabeza de los consumidores de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o sobre los que piensan obtener. Lo que quiere decir, que evidentemente cualquier inexactitud, omisión o información que no corresponda a la verdad, como en efecto sucedió en este caso, debe ser tratada de conformidad con el artículo 1058 del C.Co, es decir, anulando el aseguramiento como consecuencia de la reticencia de la Asegurada (Q.E.P.D).

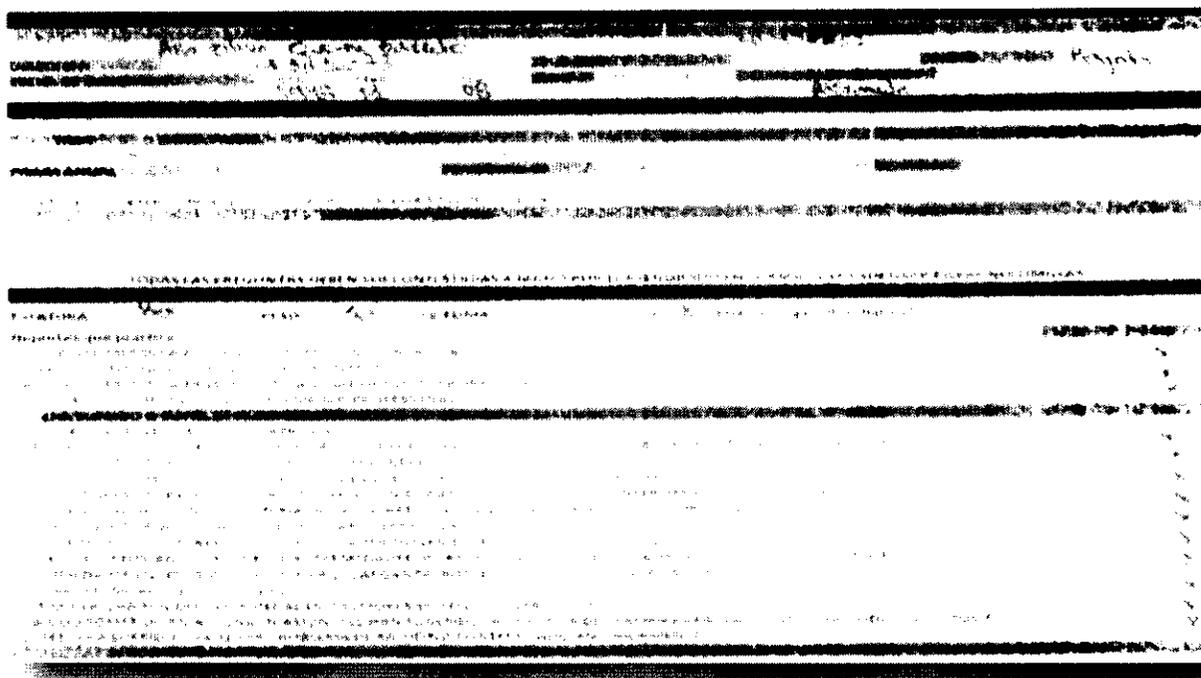
Al hecho 2: No me consta la causa de la muerte de la señora Ana Olivia Quemba de Barreto, ni la fecha de la misma.

Sin embargo, es fundamental que desde ahora el Juez tome en consideración que la razón por la cual no se accedió favorablemente al pago del contrato de seguro no se debe a la causa de la muerte de la Asegurada (Q.E.P.D). Sino que obedece a que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 12 de febrero de 2016, fecha en la cual la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada (Q.E.P.D) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Quemba de Barreto conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero del año 2016 negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas de la Asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 12 de febrero de 2016:**



En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la Asegurada respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que la Asegurada (Q.E.P.D) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D), es de gran importancia precisar cuáles fueron las enfermedades que padeció y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, tienen todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular el aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co.

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

En primer lugar, como se demostrará en el curso del proceso, por lo menos desde el mes de junio de 2010 la Asegurada contaba con antecedentes de hipertensión arterial. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En otras palabras, resulta claro que el diagnóstico de hipertensión arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo y que como se demostrará en el curso del proceso, cuenta con una multiplicidad de registros en la historia clínica de la fallecida. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la Asegurada (Q.E.P.D) suscribió su declaración de asegurabilidad.

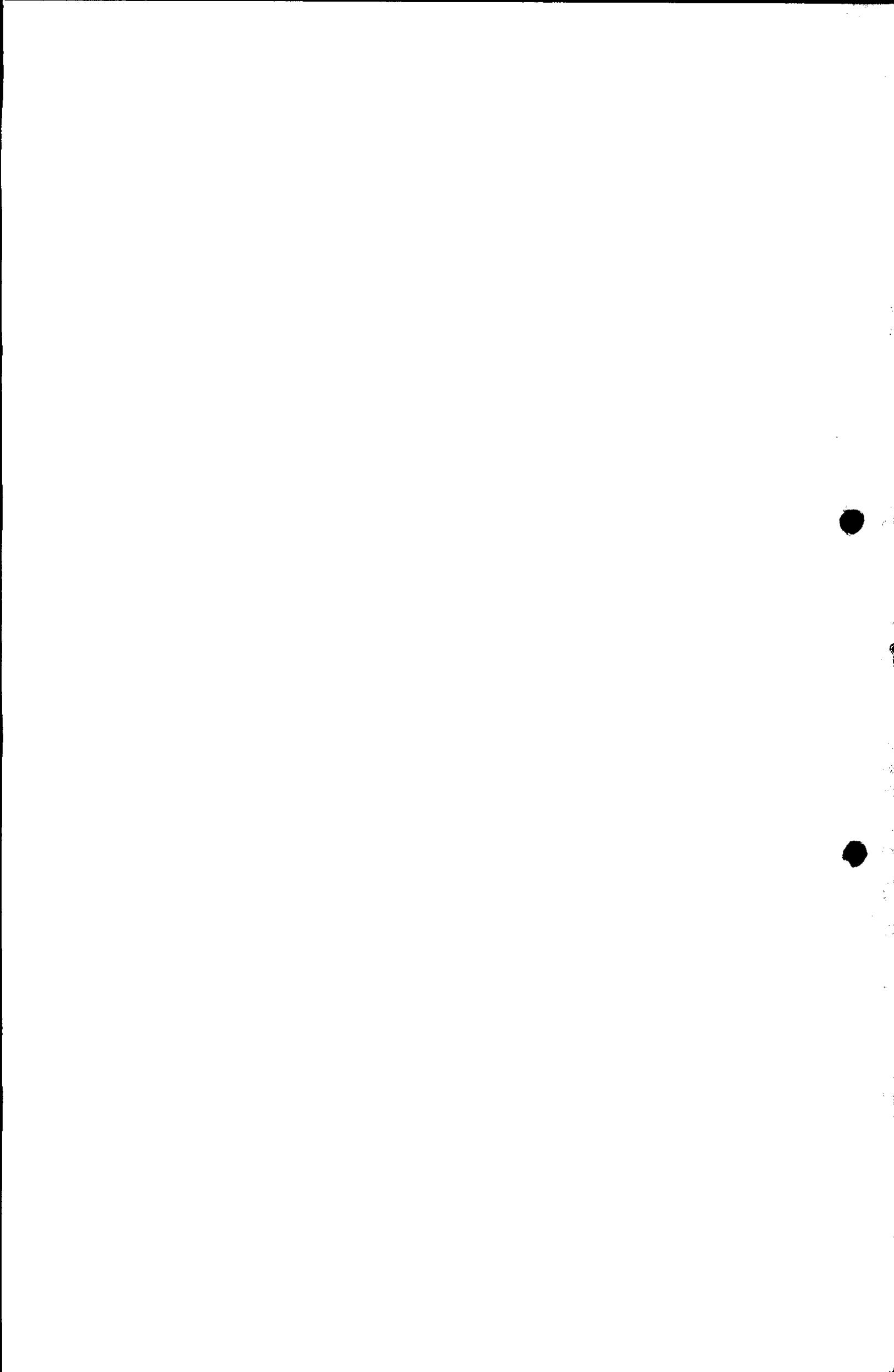
- **HIPOTIROIDISMO**

En segundo lugar, como se demostrará en el curso del proceso, por lo menos desde el mes de junio de 2009 la Asegurada contaba con antecedentes de hipotiroidismo. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En otras palabras, resulta claro que el diagnóstico de hipotiroidismo es una enfermedad prolongada en el tiempo y que como se demostrará en el curso del proceso, cuenta con una multiplicidad de registros en la historia clínica de la Asegurada. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la Asegurada suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) ya contaba con antecedentes clínicos de hipertensión arterial e hipotiroidismo con anterioridad al mes de febrero del año 2016, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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



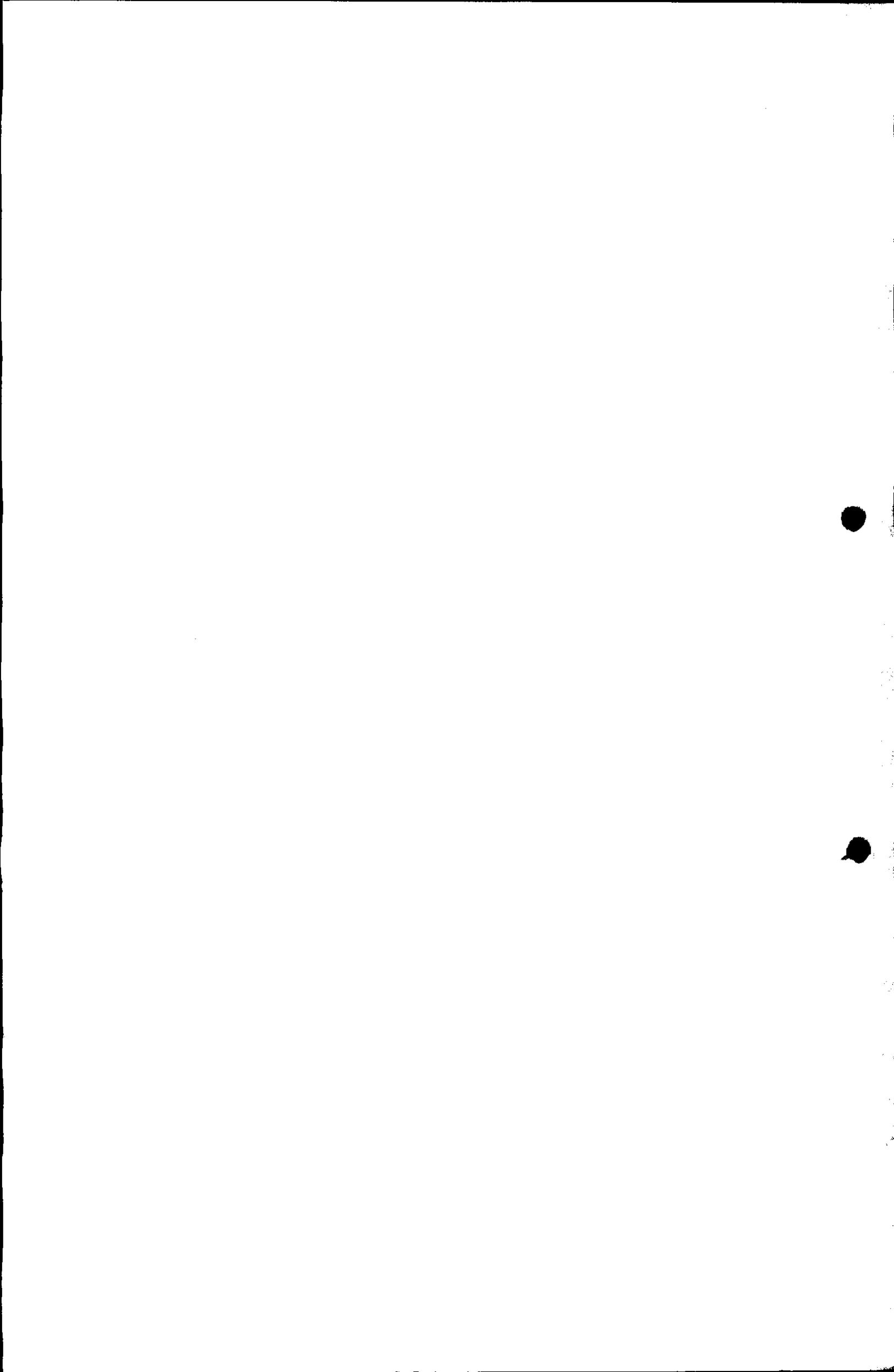
"Séptima.- Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

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

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

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta



claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto ella debió informar. Lo anterior, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó a la Asegurada, lo siguiente:

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?

(...)

*Diabetes o **enfermedades del sistema endocrino.***

(...)

*Dolor en el pecho, **tensión arterial alta,** infarto o cualquier enfermedad del corazón.*

(...)

***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?**" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) tenía antecedentes de "hipertensión arterial", faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por tensión arterial alta, (ii) aunque la Asegurada (Q.E.P.D) había sido diagnosticada con hipotiroidismo con anterioridad al año 2016, faltó a la verdad al declarar que no sufría de enfermedades del sistema endocrino y (iii) que si bien ella padeció de sendas patologías, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la Asegurada padecía y conocía de la existencia de su hipertensión arterial e hipotiroidismo. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

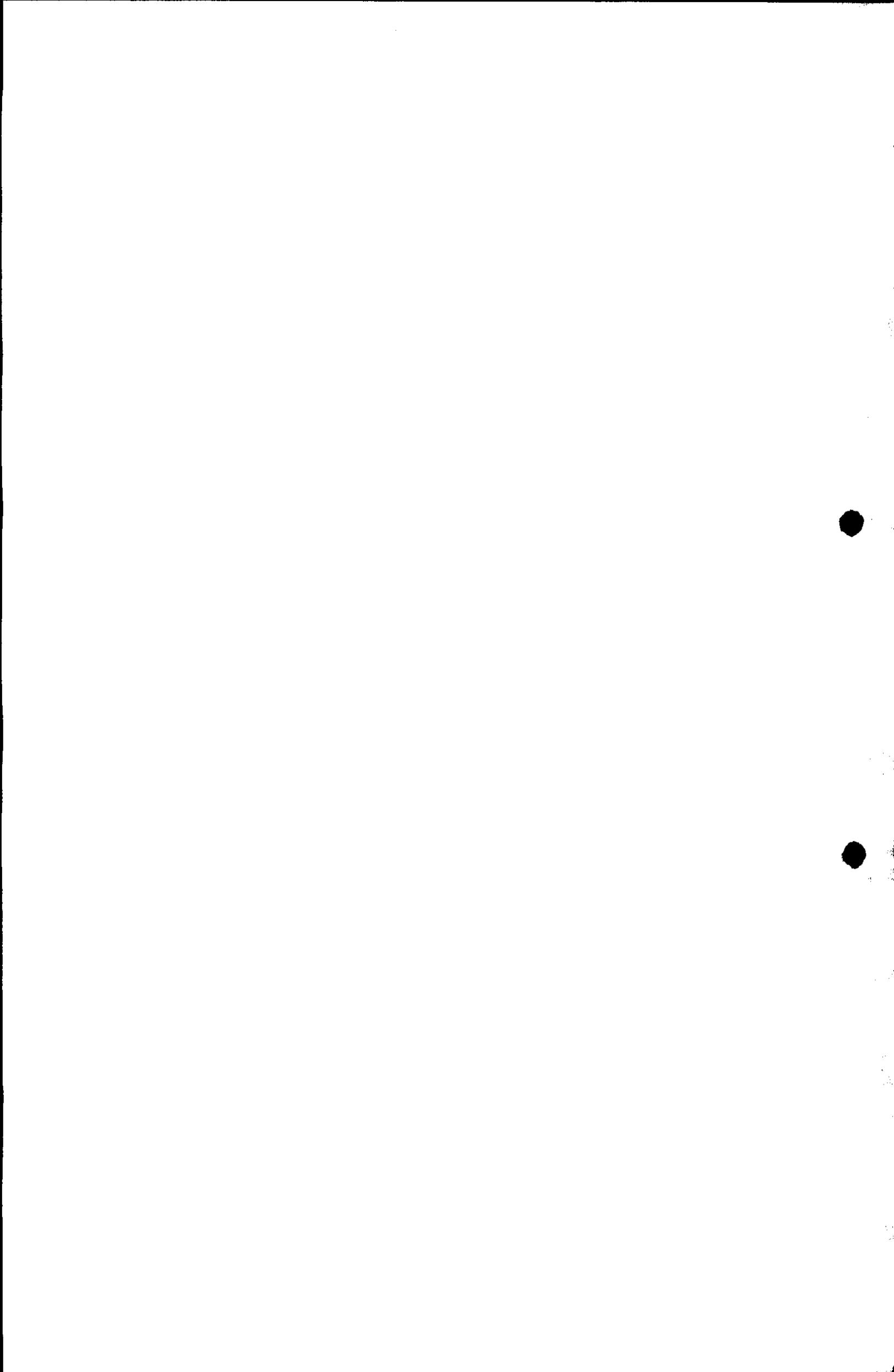
En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) no informó a mi procurada de la existencia de su hipertensión arterial e hipotiroidismo. Patologías anteriores al perfeccionamiento de su aseguramiento. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con semejantes patologías.

En conclusión, la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. De esta manera se debe aclarar que, pese a que con anterioridad al año 2016 se registró en su información médica "*Hipertensión Arterial*" e "*Hipotiroidismo*", omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, faltando así a la verdad, aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente. En este sentido, teniendo en cuenta las repercusiones que estas enfermedades tuvieron en la condición de salud de la Asegurada (Q.E.P.D) y tomando en consideración la potencialidad de los efectos adversos que dichas patologías pueden llegar a tener en una persona, es completamente claro que si mi representada hubiera conocido de aquellos antecedentes y sus riesgos con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con recapitular el análisis transversal que se ha realizado, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad del contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

Al hecho 3: No me consta toda vez que tales solicitudes no fueron radicadas ante mi representada quien es la compañía de seguros BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. En vista de lo enunciado en el acápite, se reitera la confusión de la Accionante y su apoderado en relación a la independencia de cada una de las entidades financieras. Como se ha venido explicando, la Compañía de Seguros es una persona jurídica totalmente distinta del Banco BBVA Colombia S.A.

Por otro lado, es de precisar que no es cierto que "*el evento está cubierto por el seguro adquirido y tiene derecho al amparo*". Lo anterior, como quiera que en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora QUEMBA DE BARRETO (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.



Al hecho 4: Es parcialmente cierto.

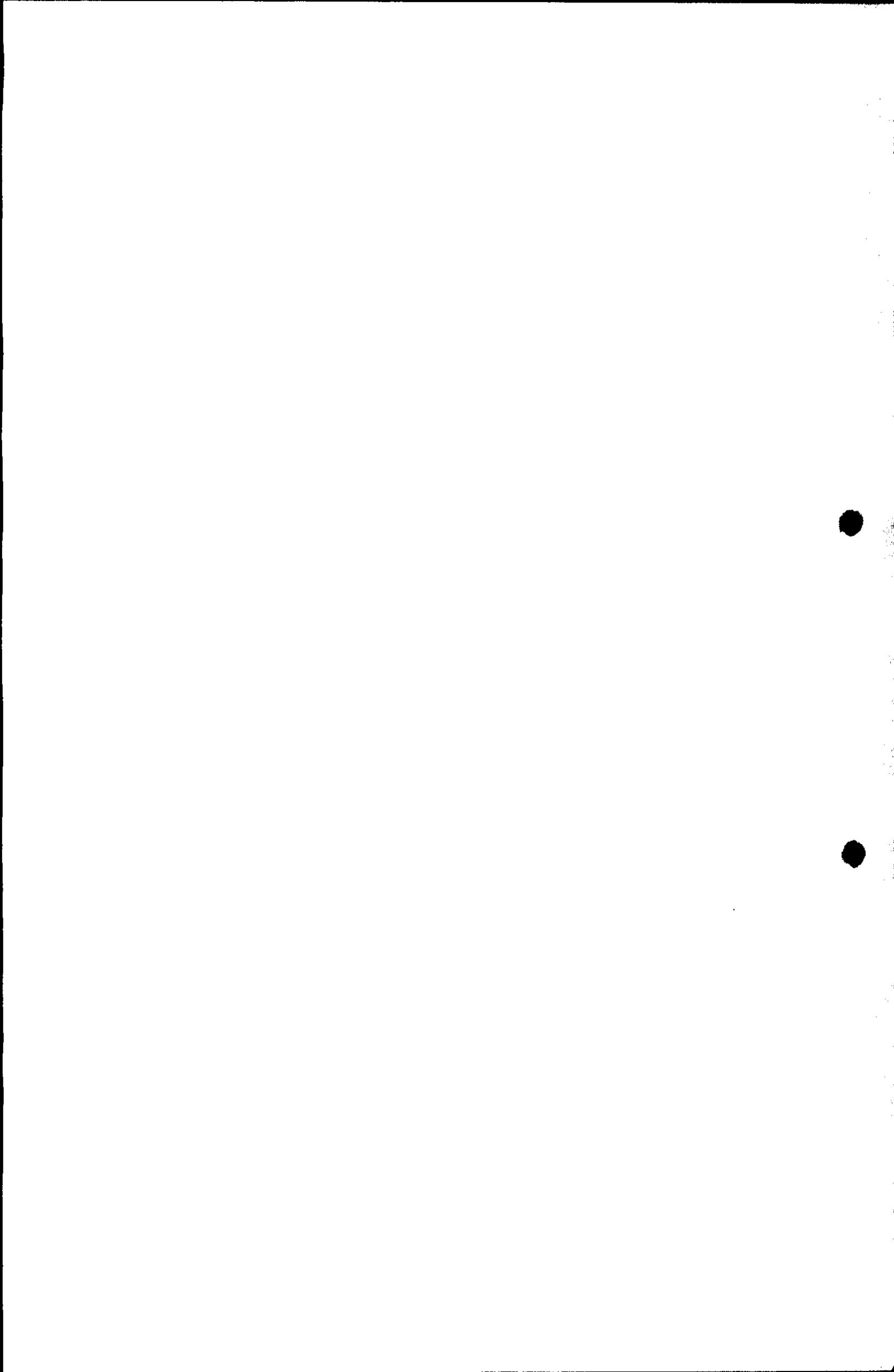
En primer lugar, es cierto que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., objetó en fecha del 21 de abril de 2017 la solicitud de indemnización presentada por Jackeline Barreto Quemba. La negativa de hacer efectiva la póliza se debe a que para el 11 de junio de 2014 la señora ANA OLIVIA BARRETO QUEMBA presentaba antecedentes médicos de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Hechos que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

En segundo lugar, no es cierto que la objeción haya sido expedida contrariando la jurisprudencia de la Corte Constitucional en lo atinente a la relación de causalidad y de la Corte Suprema de justicia en lo atinente a la prueba de la mala fe. Pues, por un lado la Demandante no precisa a qué jurisprudencia se refiere, y por otro lado, ha de tener en cuenta el Despacho que para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: “Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo



imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Por otro lado, respecto de la mala fe la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

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

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro". (negrilla y subrayas fuera del texto)".¹

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

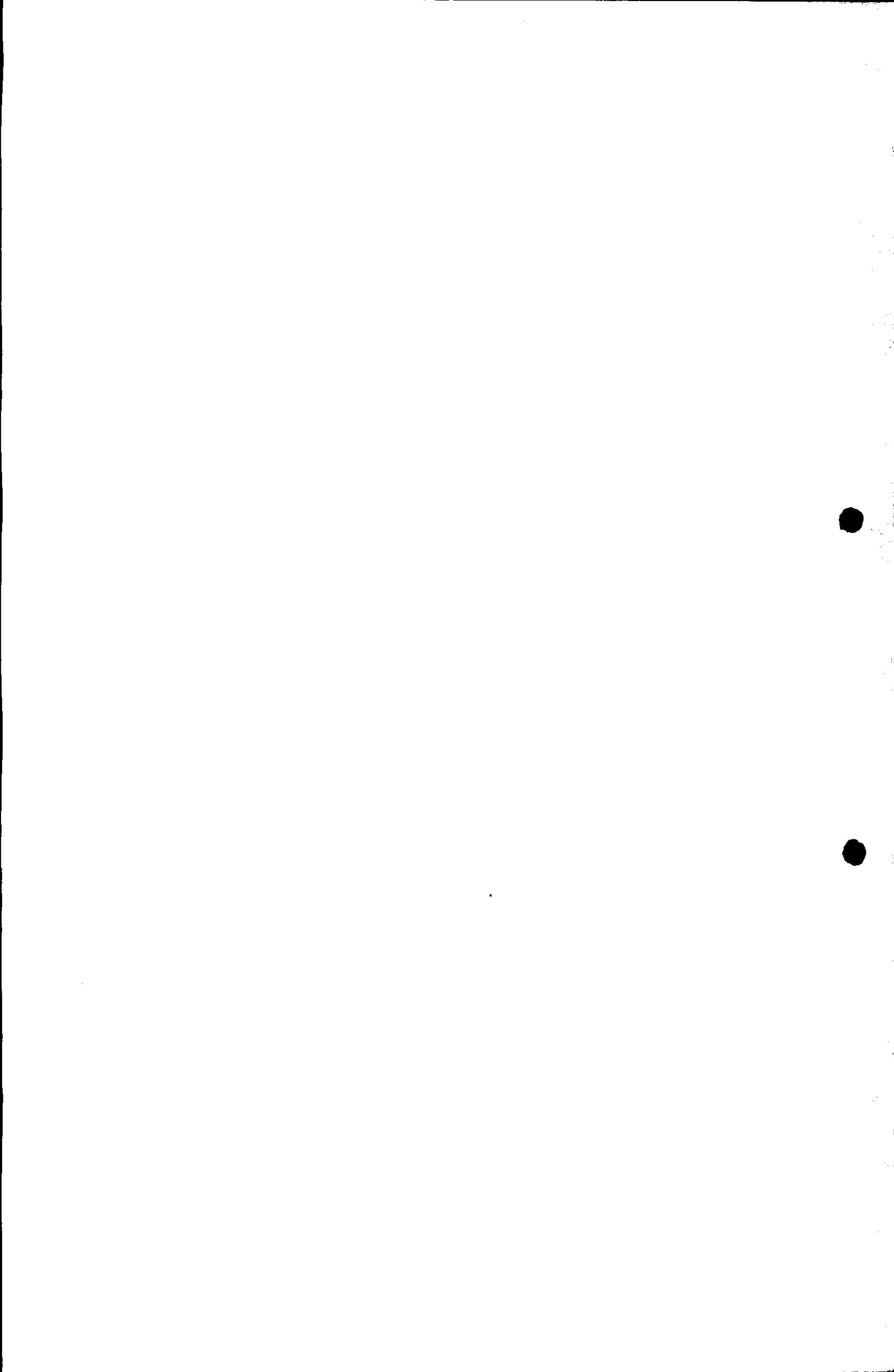
En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado.

Así entonces, no es cierto que la objeción emitida por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., haya sido proferida en contravía a la Jurisprudencia de la Corte Constitucional respecto de la relación causal con la preexistencia invocada y de la Corte Suprema de Justicia respecto de la demostración de la mala fe del tomadora al omitir la declaración de la preexistencia. Por el contrario, tal como se señaló a lo largo del pronunciamiento frente al hecho, la objeción está debidamente justificada en la jurisprudencia reseñada.

Al hecho 5: Es parcialmente cierto, pues en fecha del 22 de junio de 2017 se reiteró por parte de mi poderdante la objeción a la solicitud de indemnización. Lo anterior, por cuanto la señora QUEMBA DE BARRETO fue reticente, toda vez que para el día 12 de febrero de 2016, fecha en la cual la fallecida solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la fallecida las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora QUEMBA DE BARRETO conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero del año 2016, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora.

Por tanto, en relación al contrato de seguro, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora QUEMBA DE BARRETO debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

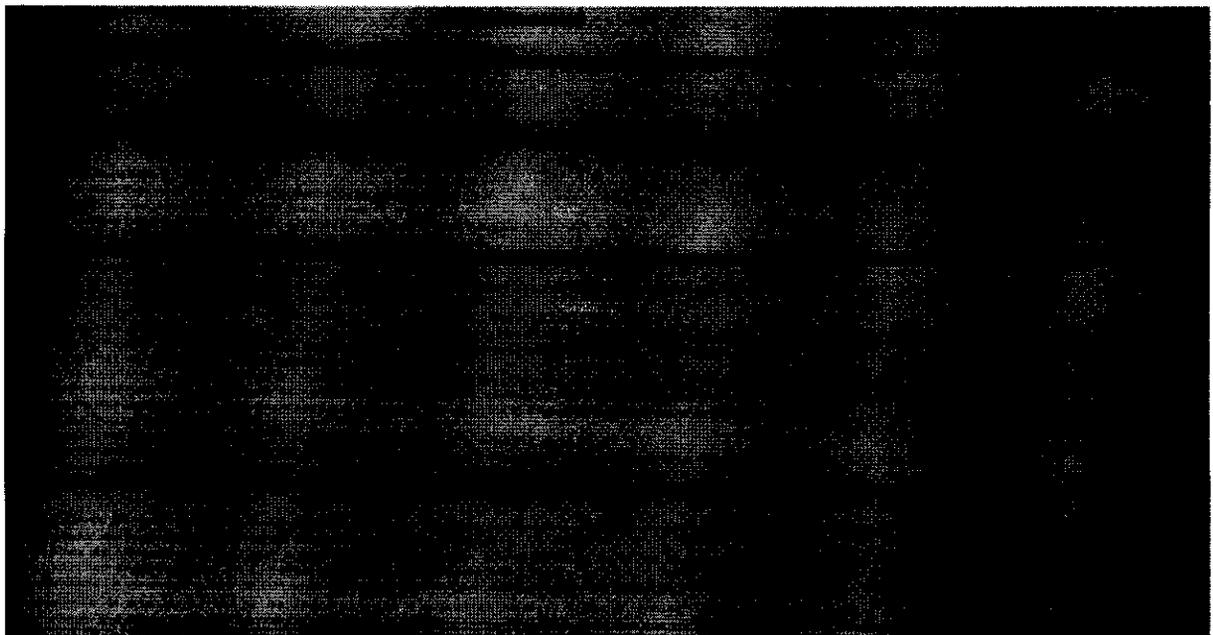
Al hecho 6: Es cierto parcialmente. Si bien en fecha del 26 de julio de 2017 la accionante solicitó reconsideración de la objeción. Se precisa que la razón por la cual no se accedió favorablemente al pago del contrato de seguro no se debe al aparente suicidio de la señora Quemba de Barreto. Sino que obedece a que la señora ANA OLIVIA QUEMBA DE BARRETO fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.



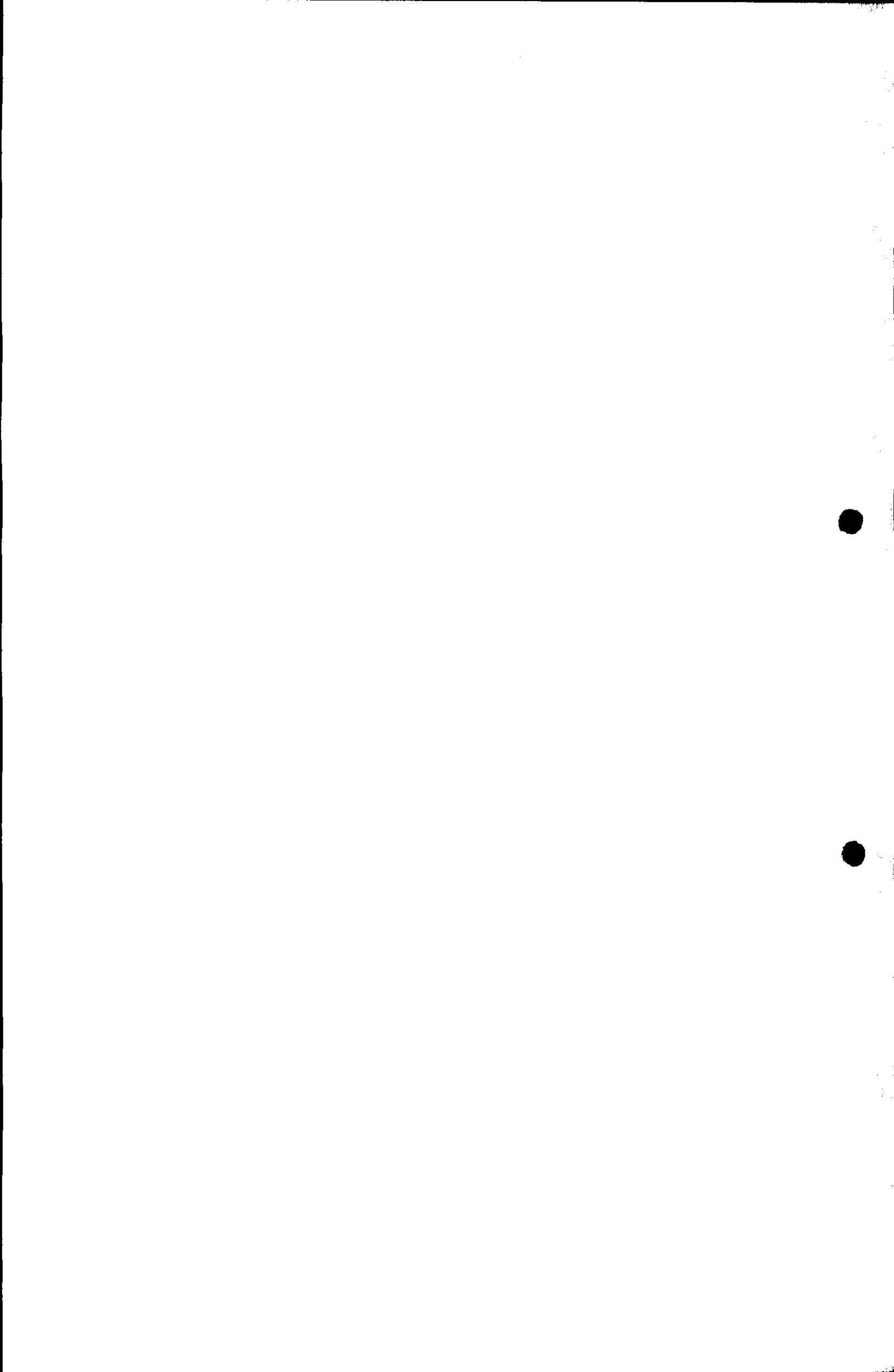
Por tanto, el aseguramiento de la señora QUEMBA DE BARRETO debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió. Por lo tanto, no se puede hacer efectivo el contrato de seguro, es decir no ha surgido a obligación condicional del asegurador a causa de la nulidad del contrato.

Al hecho 7: Es cierto que en fecha del 09 de agosto de 2017 mi representada dio respuesta a la solicitud de reconsideración de la accionante. En dicha respuesta se reiteró la objeción señalando que había ocurrido la reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de comercio. En otras palabras, se reiteró la objeción de pago de la póliza porque la señora QUEMBA DE BARRETO fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. De esta manera se debe aclarar que, pese a que desde el año 2010 se registró en su información médica antecedentes de hipertensión arterial y desde el año 2009 se registró en su información médica antecedentes de hipotiroidismo, omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, faltando así a la verdad, aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente

Al hecho 8: Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que el 09 de agosto de 2017 la accionante solicitó copia legible de la póliza que respalda la obligación crediticia No. 960233310. Debe aclararse que la póliza le fue remitida y en ella se observa que, efectivamente, la Asegurada (Q.E.P.D) ocultó todos sus antecedentes de salud a la Aseguradora.



Expresamente se le preguntó a la Asegurada lo siguiente:



¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?

(...)

Diabetes o enfermedades del sistema endocrino.

(...)

Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón.

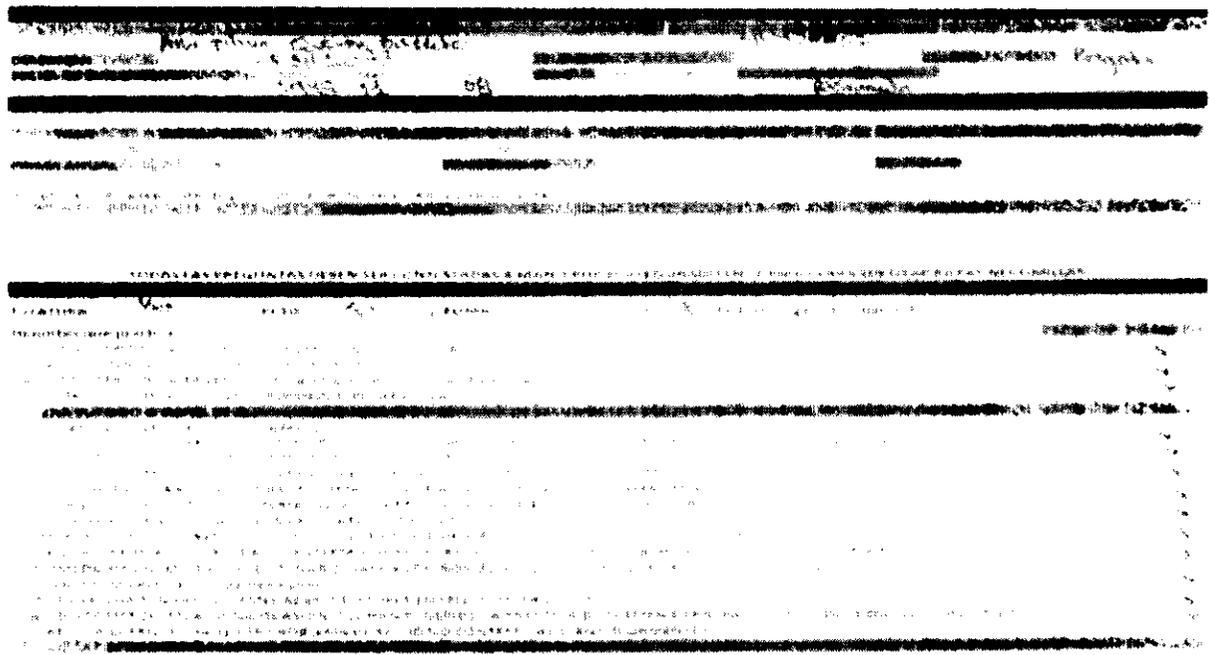
(...)

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) tenía antecedentes de “hipertensión arterial”, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por tensión arterial alta, (ii) aunque la Asegurada (Q.E.P.D) había sido diagnosticada con hipotiroidismo con anterioridad al año 2016, faltó a la verdad al declarar que no sufría de enfermedades del sistema endocrino y (iii) que si bien ella padeció de sendas patologías, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

Al hecho 9: Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que el 14 de agosto de 2017 mi poderdante respondió la petición de la accionante y remitió la certificación del seguro que respalda la obligación crediticia No. 960233310.

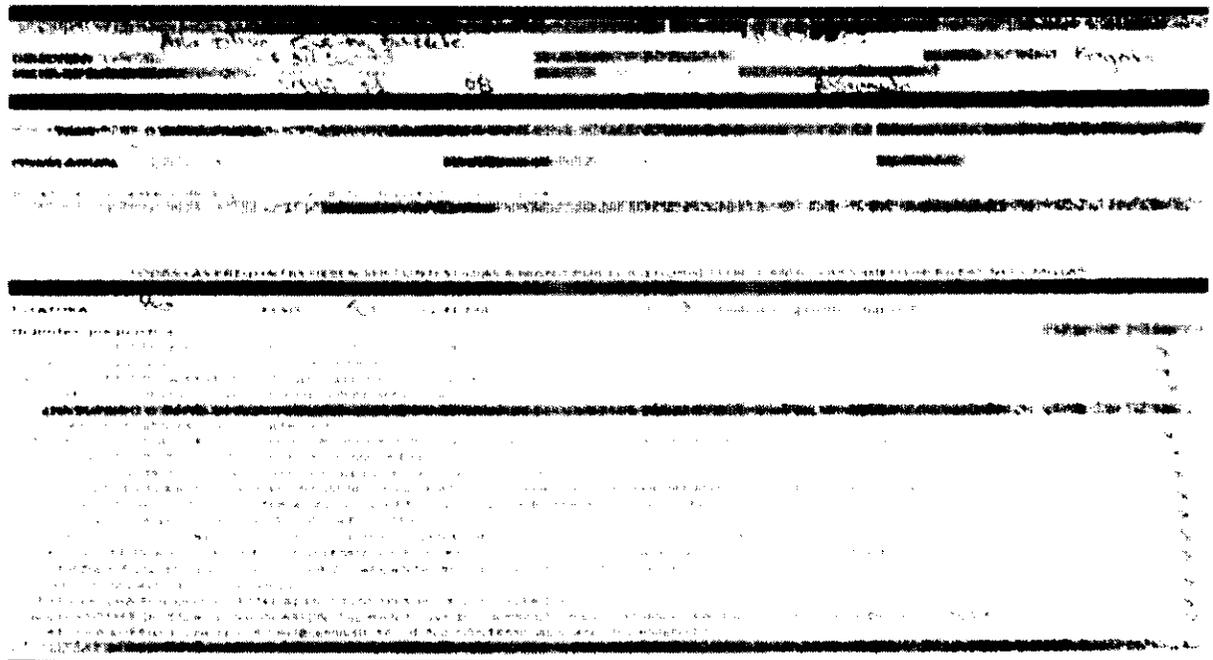
No es cierto que en la certificación remitida no sea posible verificar las circunstancias y hechos reportados por la señora ANA OLIVIA QUEMBA DE BARRETO, pues es claro que en el mencionado formulario de solicitud de seguro, ante las preguntas de antecedentes médicos relevantes y enfermedades la fallecida marcó todas las casillas “con un NO”:



354

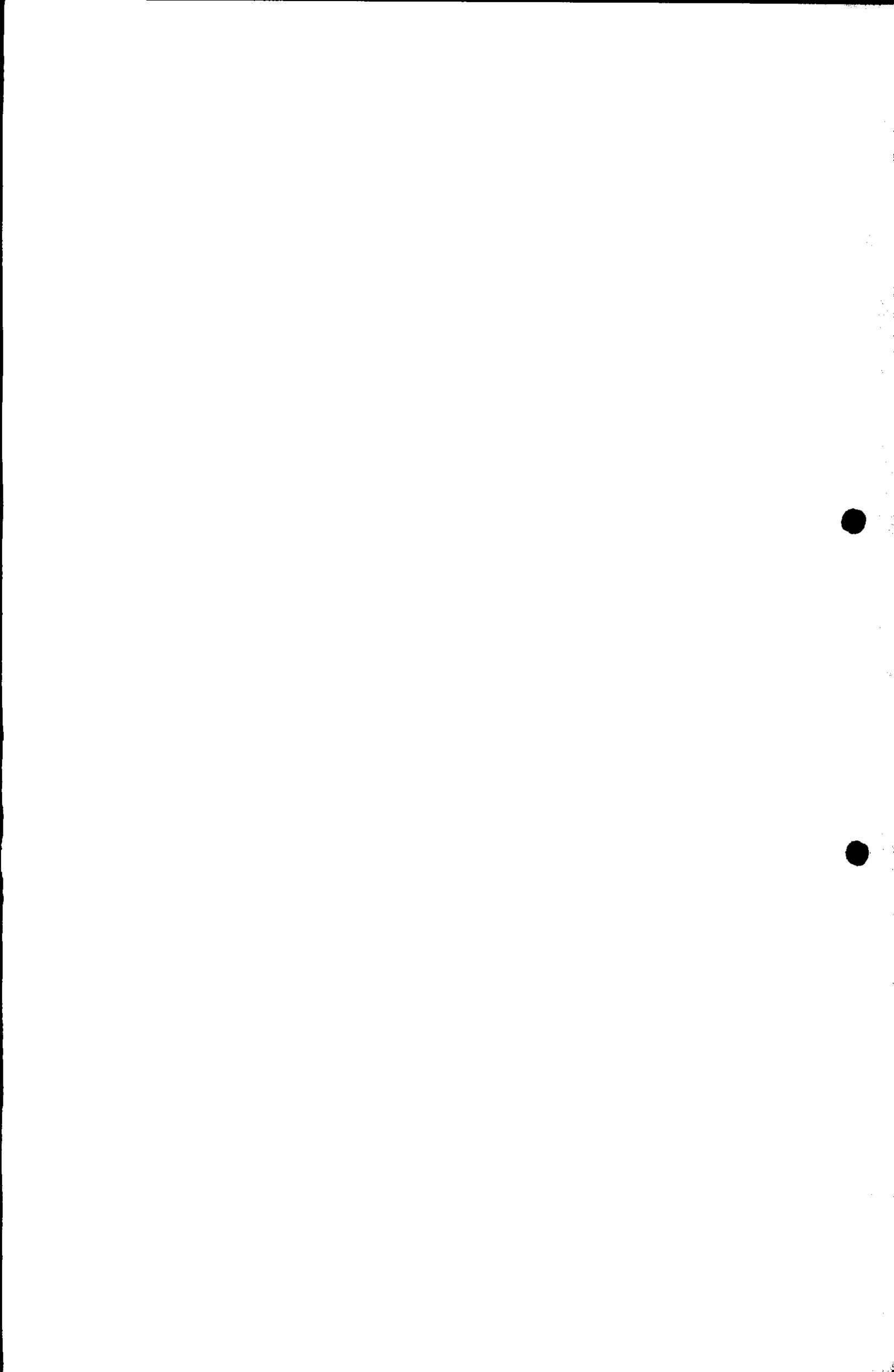
De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) tenía antecedentes de "hipertensión arterial", faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por tensión arterial alta, (ii) aunque la Asegurada (Q.E.P.D) había sido diagnosticada con hipotiroidismo con anterioridad al año 2016, faltó a la verdad al declarar que no sufría de enfermedades del sistema endocrino y (iii) que si bien ella padeció de sendas patologías, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

Al hecho 10: Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que en fecha del 17 de agosto de 2017 se remitió comunicado a la ahora accionante. No es cierto que el certificado de la póliza adjuntado fuera "completamente ilegible", pues es claro que en el mencionado formulario de solicitud de seguro, la fallecida ANA OLIVIA QUEMBA DE BARRETO, ante las preguntas de antecedentes médicos relevantes y enfermedades marcó todas las casillas "con un NO":



Documento: Certificado Individual de Seguro crédito 9600233310.

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) tenía antecedentes de "hipertensión arterial", faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por tensión arterial alta, (ii) aunque la Asegurada (Q.E.P.D) había sido diagnosticada con hipotiroidismo con anterioridad al año 2016, faltó a la verdad al declarar que no sufría de enfermedades del sistema endocrino y (iii) que si bien ella padeció de sendas patologías, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.



Al hecho 11: No es cierto tal y como está formulado el hecho. Pues del certificado individual de seguro que se aporta junto con la Demanda se observa que la asegurada respondió que no tenía tensión arterial alta, ni problemas del sistema endócrino.

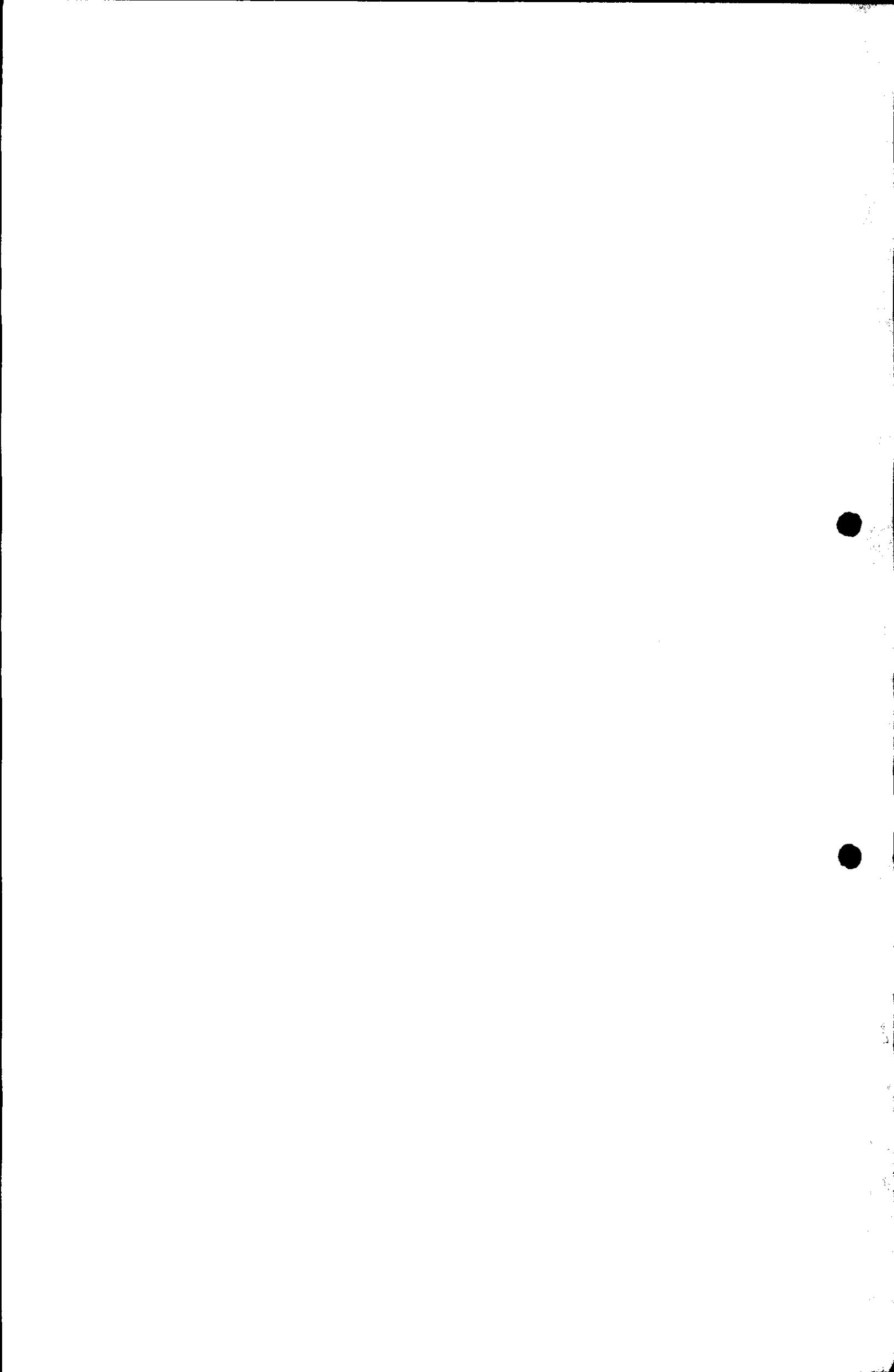
Al hecho 12: Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que en esas fechas se solicitó y realizó la audiencia de conciliación prejudicial, debe de tenerse en cuenta que todo lo sucedido en ella es confidencial.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que primero, la Demandante no tiene legitimación en la causa por activa. Segundo, habida cuenta que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurada la señora Quemba de Barreto (Q.E.P.D) debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como consecuencia de la reticencia con la que la Asegurada (Q.E.P.D) suscribió el certificado individual de seguro.

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

- **Nulidad del contrato de seguro:** la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. De esta manera se debe aclarar que, pese a que con anterioridad al año 2016 se registró en su información médica "*Hipertensión Arterial*" e "*Hipotiroidismo*", omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, faltando así a la verdad, aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente. En este sentido, teniendo en cuenta las repercusiones que estas enfermedades tuvieron en la condición de salud de la Asegurada (Q.E.P.D) y tomando en consideración la potencialidad de los efectos adversos que dichas patologías pueden llegar a tener en una persona, es completamente claro que sí mi representada hubiera conocido de aquellos antecedentes y sus riesgos con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con recapitular el análisis transversal que se ha realizado, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad del contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.



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

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

- **Nulidad del contrato de seguro:** la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. De esta manera se debe aclarar que, pese a que con anterioridad al año 2016 se registró en su información médica "*Hipertensión Arterial*" e "*Hipotiroidismo*", omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, faltando así a la verdad, aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente. En este sentido, teniendo en cuenta las repercusiones que estas enfermedades tuvieron en la condición de salud de la Asegurada (Q.E.P.D) y tomando en consideración la potencialidad de los efectos adversos que dichas patologías pueden llegar a tener en una persona, es completamente claro que si mi representada hubiera conocido de aquellos antecedentes y sus riesgos con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con recapitular el análisis transversal que se ha realizado, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad del contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

En efecto, me opongo a la **TERCERA** pretensión elevada por la parte Accionante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por

sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho

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

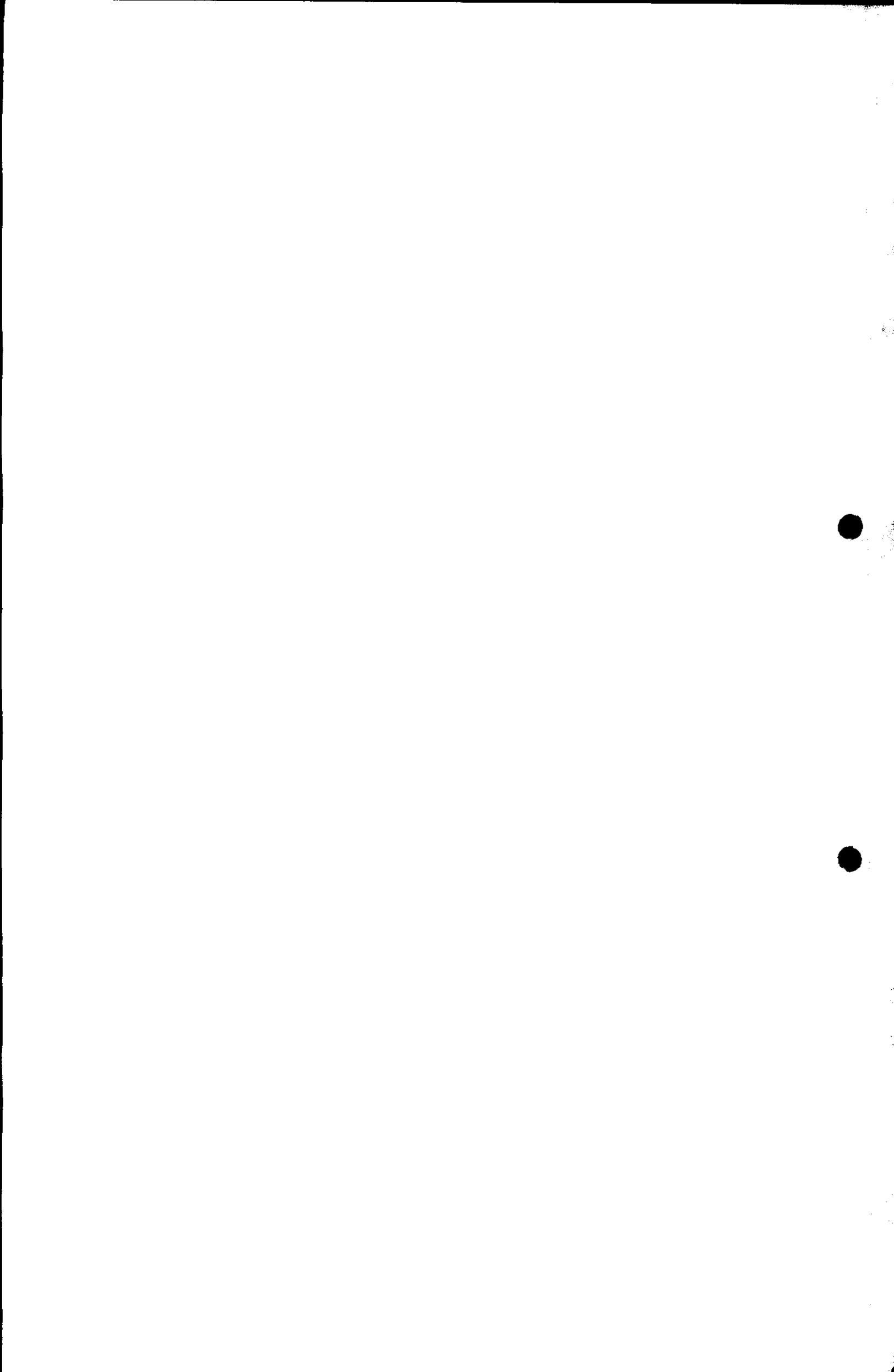
OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Antes de presentar la objeción al juramento estimatorio de la acción, es importante que el honorable Juez tenga en cuenta que en la misma no existe un acápite de ésta naturaleza. La Accionante se limita a enunciar el valor de sus pretensiones dentro del título de la Demanda que se denomina "Cuantía", sin seguir las formalidades que la ley y la jurisprudencia fijan en el momento de presentar el ya dicho, juramento estimatorio.

No obstante, si el honorable juzgador considera que lo establecido en la cuantía de la demanda sí representa un juramento estimatorio, me permito oponerme a lo predicado en el mismo por las siguientes razones:

- **Nulidad del contrato de seguro:** la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. De esta manera se debe aclarar que, pese a que con anterioridad al año 2016 se registró en su información médica "Hipertensión Arterial" e "Hipotiroidismo", omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, faltando así a la verdad, aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente. En este sentido, teniendo en cuenta las repercusiones que estas enfermedades tuvieron en la condición de salud de la Asegurada (Q.E.P.D) y tomando en consideración la potencialidad de los efectos adversos que dichas patologías pueden llegar a tener en una persona, es completamente claro que si mi representada hubiera conocido de aquellos antecedentes y sus riesgos con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con recapitular el análisis transversal que se ha realizado, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad del contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y



antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió. Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

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

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

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

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

o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia².

(Subrayado fuera del texto original)

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

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

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

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

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

² BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P. 104.

pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

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

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino

*absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.*³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*"Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio."*⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

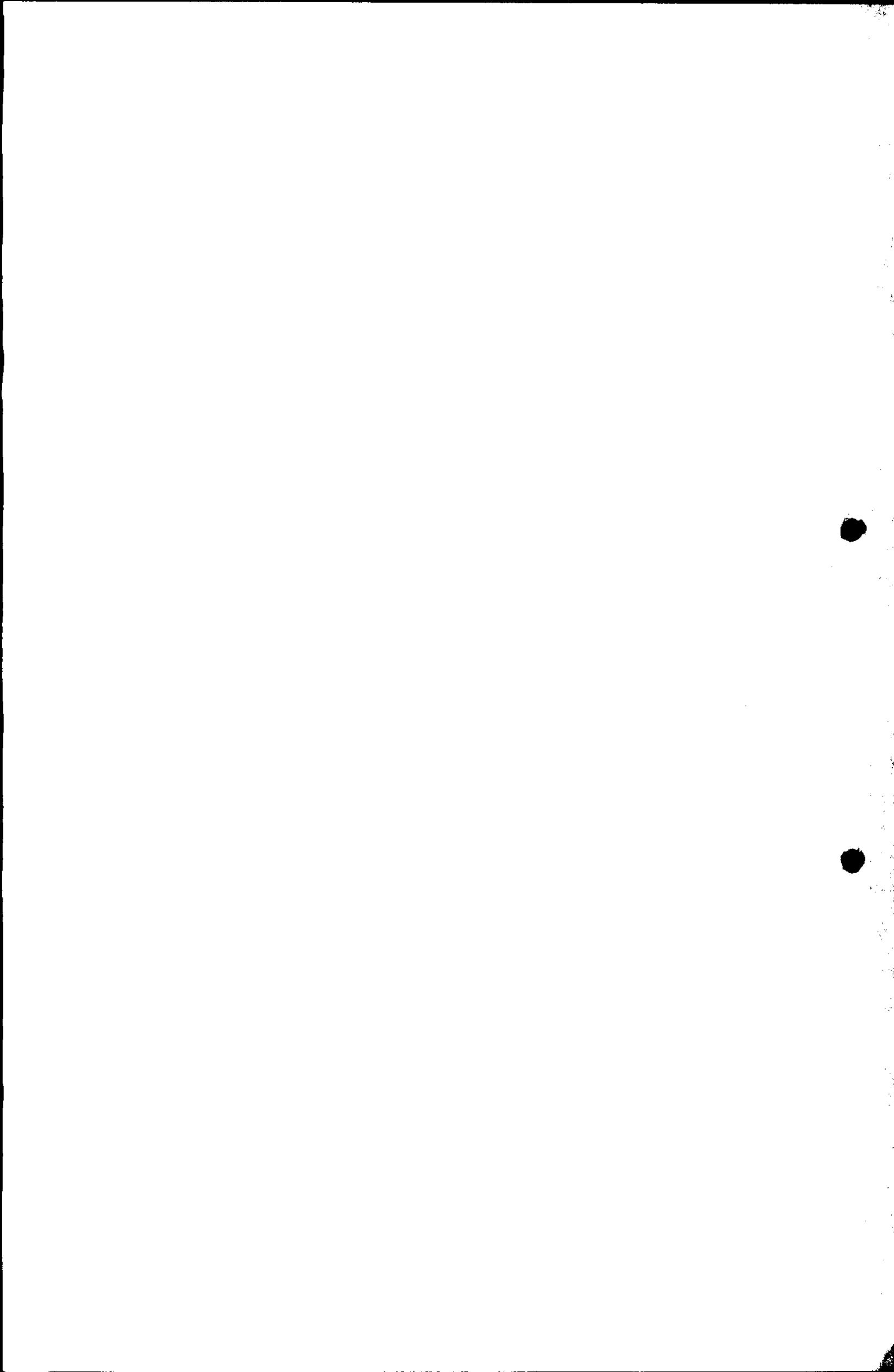
*"Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación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

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

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual,

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.



se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la "ubérrima buena fe" que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

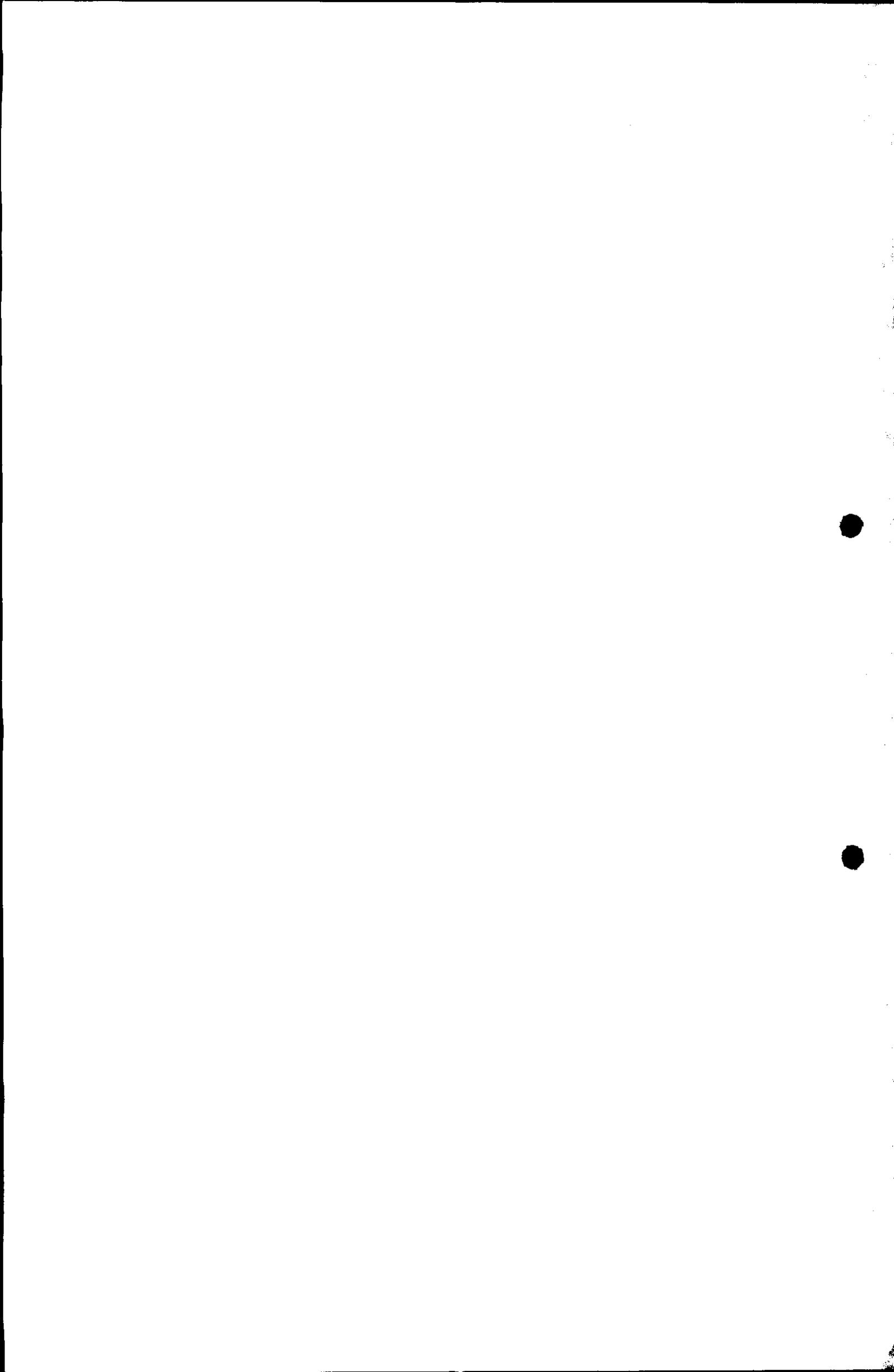
embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.

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

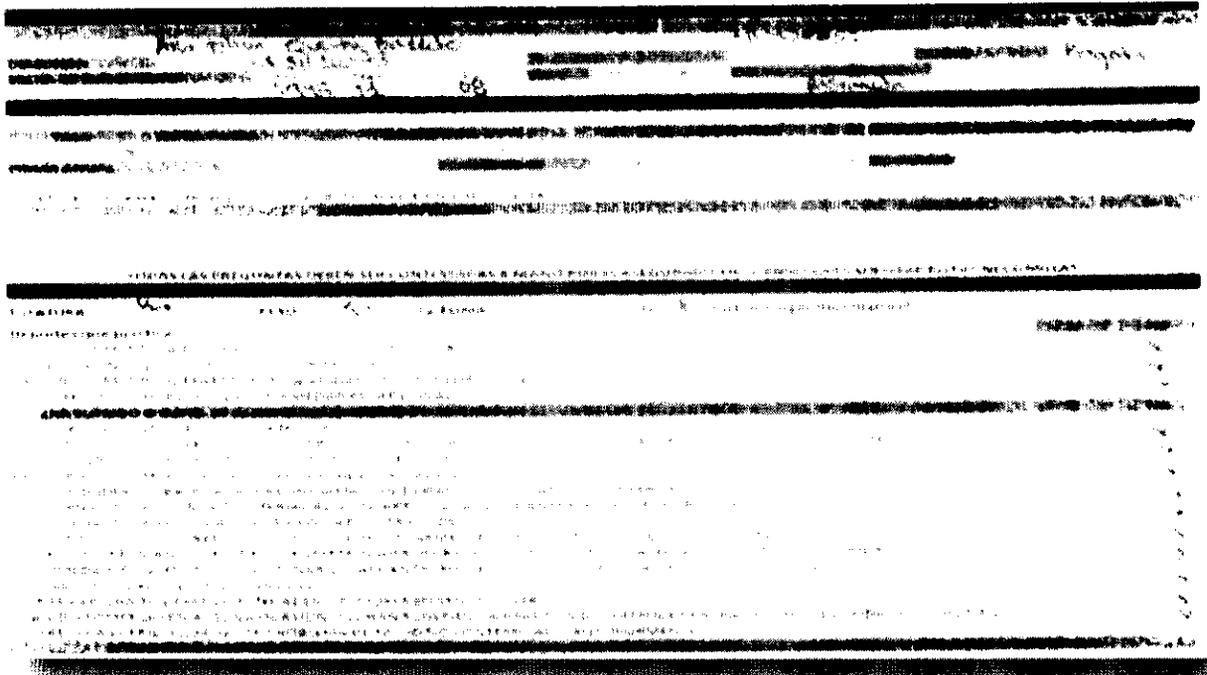
- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior,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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 12 de febrero de 2016, fecha en la cual la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada (Q.E.P.D) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Quemba de Barreto conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero del año 2016 negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas de la Asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:



- Declaración de asegurabilidad que data del 12 de febrero de 2016:



En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la Asegurada respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que la Asegurada (Q.E.P.D) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D), es de gran importancia precisar cuáles fueron las enfermedades que padeció y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, tienen todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular el aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co.

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

En primer lugar, como se demostrará en el curso del proceso, por lo menos desde el mes de junio de 2010 la Asegurada contaba con antecedentes de hipertensión arterial. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En otras palabras, resulta claro que el diagnóstico de hipertensión arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo y que como se demostrará en el curso del proceso, cuenta con una multiplicidad de registros en la historia clínica de la fallecida. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la Asegurada (Q.E.P.D) suscribió su declaración de asegurabilidad.

En ese orden de ideas, se pone de presente lo que ha establecido la literatura médica⁶ acerca de los graves riesgos en la salud que implica padecer de hipertensión arterial:

“La presión arterial alta (hipertensión) puede dañar silenciosamente el organismo durante años antes de que se manifiesten los síntomas. La presión arterial alta no controlada puede generar discapacidad, una mala calidad de vida o incluso un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular fatal.

El tratamiento y los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a controlar la presión arterial alta para reducir el riesgo de complicaciones que ponen en riesgo la vida.

A continuación, se presentan las complicaciones que puede causar la presión arterial alta no controlada.

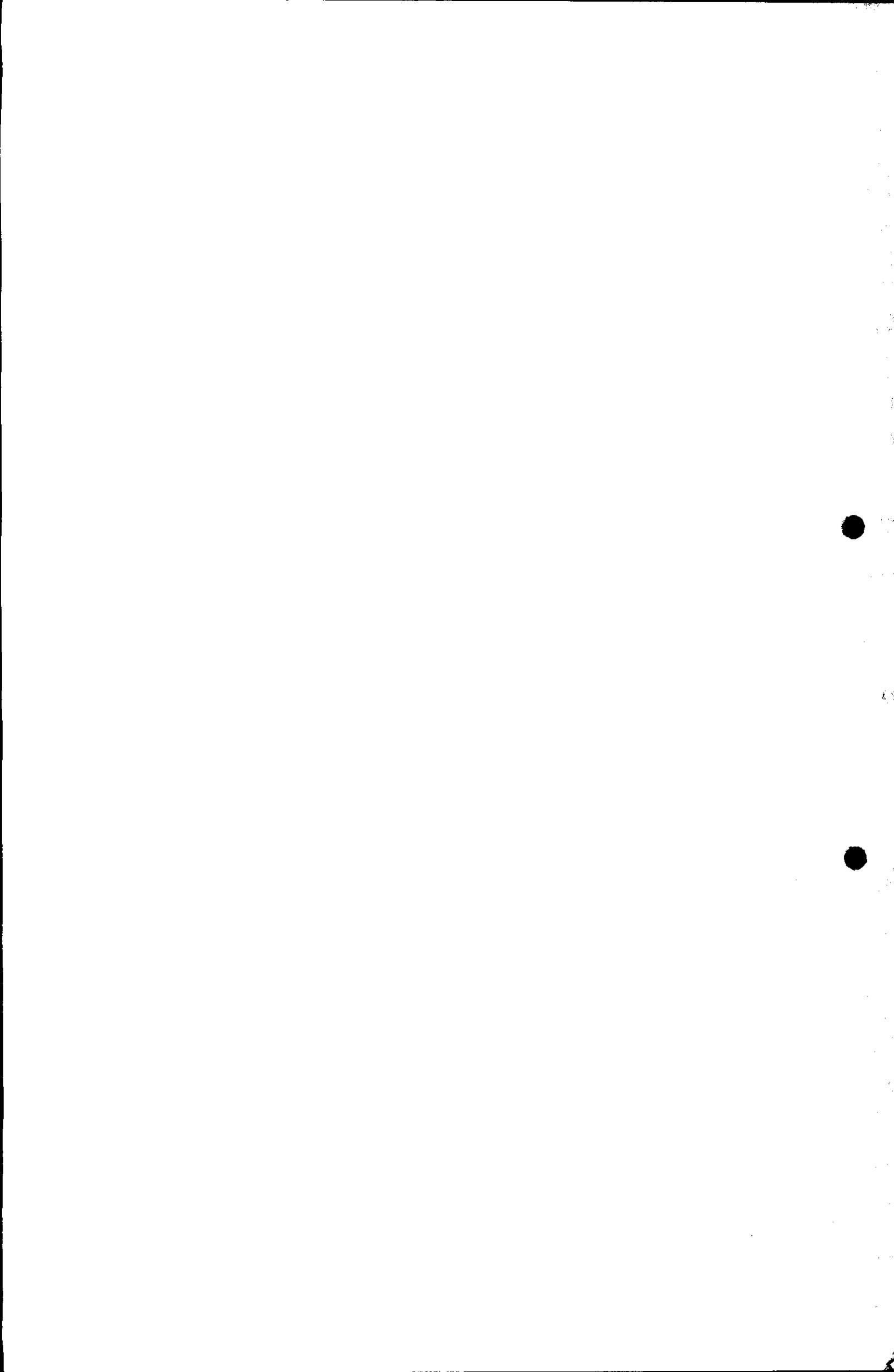
Las arterias sanas son flexibles, fuertes y elásticas. Su revestimiento interior es liso para que la sangre fluya libremente, y suministre nutrientes y oxígeno a los órganos y tejidos vitales.

La hipertensión aumenta progresivamente la presión de la sangre que fluye por las arterias. Como resultado, es posible tener lo siguiente:

Arterias dañadas y estrechas. *La presión arterial alta puede dañar las células del revestimiento interno de las arterias. Cuando las grasas de los alimentos entran en el torrente sanguíneo, pueden acumularse en las arterias dañadas. Con el tiempo, las paredes se vuelven menos elásticas, lo cual limita el flujo sanguíneo que circula por el organismo.*

Aneurisma. *Con el tiempo, a causa de la presión constante de la sangre que pasa por una arteria debilitada, se puede agrandar una sección de la pared y formar una protuberancia (aneurisma). Un aneurisma puede romperse y causar una hemorragia interna que pone en riesgo la vida. Los aneurismas pueden*

⁶ Tomado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/high-blood-pressure/art-20045868>



formarse en cualquier arteria, pero son más comunes en la arteria más grande del cuerpo (aorta).

Daño al corazón

La presión arterial alta puede causar muchos problemas para el corazón, entre ellos:

Enfermedad de las arterias coronarias. Las arterias estrechas y dañadas por la presión arterial alta tienen problemas para suministrar sangre al corazón. Cuando la sangre no puede fluir libremente al corazón, podrías tener dolor en el pecho (angina), ritmos cardíacos irregulares (arritmias) o un ataque cardíaco. Corazón izquierdo agrandado. La presión arterial alta obliga al corazón a trabajar más duro para bombear sangre al resto del cuerpo. Esto hace que parte del corazón (ventrículo izquierdo) se engrose. Un ventrículo izquierdo engrosado aumenta el riesgo de ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca y muerte cardíaca súbita.

Insuficiencia cardíaca. Con el tiempo, la tensión en el corazón causada por la presión arterial alta puede hacer que el músculo cardíaco se debilite y trabaje de manera menos eficiente. Eventualmente, el abrumado corazón comienza a fallar. El daño causado por los ataques cardíacos se suma a este problema.

Daño al cerebro

Tu cerebro depende de un suministro de sangre nutritiva para funcionar correctamente. Pero la presión arterial alta puede causar varios problemas, incluidos los siguientes:

Ataque isquémico transitorio (AIT). A veces llamado miniataque, un ataque isquémico transitorio es una interrupción breve y temporal del suministro de sangre al cerebro. Las arterias endurecidas o los coágulos de sangre causados por la hipertensión arterial pueden causar un ataque isquémico transitorio. El ataque isquémico transitorio es a menudo una advertencia de que estás en riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular completo.

Accidente cerebrovascular. Un accidente cerebrovascular ocurre cuando una parte del cerebro se ve privada de oxígeno y nutrientes, lo que causa la muerte de las células cerebrales. Los vasos sanguíneos dañados por la presión arterial alta pueden estrecharse, romperse o tener fugas. La presión arterial alta también puede hacer que se formen coágulos de sangre en las arterias que van

al cerebro, lo que bloquea el flujo sanguíneo y causa potencialmente un accidente cerebrovascular.

Demencia. El estrechamiento o bloqueo de las arterias puede limitar el flujo sanguíneo al cerebro, y generar un cierto tipo de demencia (demencia vascular). Un accidente cerebrovascular que interrumpe el flujo sanguíneo al cerebro también puede causar demencia vascular.

Deterioro cognitivo leve. Esta afección es una etapa de transición entre los cambios en la comprensión y la memoria que generalmente vienen con el envejecimiento y los problemas más graves causados por la demencia. Los estudios sugieren que la presión arterial alta puede conducir a un deterioro cognitivo leve.

Daño en los riñones

Los riñones filtran el exceso de líquido y desechos de la sangre; para este proceso, es necesario que los vasos sanguíneos estén sanos. La presión arterial alta puede dañar los vasos sanguíneos que se encuentran en los riñones y que conducen a ellos. Tener diabetes además de presión arterial alta puede empeorar el daño.

Entre los problemas renales que causa la presión arterial alta, se incluyen los siguientes:

Cicatrización del riñón (glomeruloesclerosis). Este tipo de daño renal ocurre cuando los pequeños vasos sanguíneos del riñón se cicatrizan y son incapaces de filtrar eficazmente los líquidos y desechos de la sangre. La glomeruloesclerosis puede provocar insuficiencia renal.

Insuficiencia renal. La presión arterial alta es una de las causas más comunes de la insuficiencia renal. Los vasos sanguíneos dañados impiden que los riñones filtren eficazmente los desechos de la sangre, lo cual permite que se acumulen niveles peligrosos de líquidos y desechos. En última instancia, el paciente podría necesitar diálisis o un trasplante de riñón.

Daños en los ojos

La presión arterial alta puede dañar los diminutos y delicados vasos sanguíneos que suministran sangre a los ojos, lo cual provoca lo siguiente:

Daño a la retina (retinopatía). El daño que sufre el tejido sensible a la luz en la parte posterior del ojo (retina) puede ocasionar sangrado en el ojo, visión borrosa y pérdida completa de la visión. El riesgo es aún mayor si tienes diabetes además de presión arterial alta.

Acumulación de líquido debajo de la retina (coroidopatía). La coroidopatía puede provocar visión distorsionada o, a veces, un proceso de cicatrización que perjudica la visión.

Daño al nervio (neuropatía óptica). La obstrucción del flujo sanguíneo puede dañar el nervio óptico, lo cual provoca sangrado dentro del ojo o pérdida de la visión.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

- **HIPOTIROIDISMO**

En segundo lugar, como se demostrará en el curso del proceso, por lo menos desde el mes de junio de 2009 la Asegurada contaba con antecedentes de hipotiroidismo. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En otras palabras, resulta claro que el diagnóstico de hipotiroidismo es una enfermedad prolongada en el tiempo y que como se demostrará en el curso del proceso, cuenta con una multiplicidad de registros en la historia clínica de la Asegurada. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la Asegurada suscribió su declaración de asegurabilidad.

En ese orden de ideas, se pone de presente lo que ha establecido la literatura médica⁷ acerca de los graves riesgos en la salud que implica padecer de hipotiroidismo:

“¿Qué es el hipotiroidismo?”

El hipotiroidismo, o tiroides hipoactiva, ocurre cuando la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas para satisfacer las necesidades del cuerpo.

Su tiroides es una pequeña glándula con forma de mariposa ubicada en la parte delantera de su cuello. Produce hormonas que controlan cómo el cuerpo usa la energía. Estas hormonas afectan a casi todos los órganos de su cuerpo y

⁷ Tomado de: <https://medlineplus.gov/spanish/hypothyroidism.html>

controlan muchas de las funciones más importantes de su cuerpo. Por ejemplo, afectan su respiración, frecuencia cardíaca, peso, digestión y estados de ánimo. Sin suficientes hormonas tiroideas, muchas de las funciones de su cuerpo se vuelven más lentas. Sin embargo, existen tratamientos que pueden ayudar.

¿Qué causa el hipotiroidismo?

El hipotiroidismo tiene varias causas. Incluyendo:

Enfermedad de Hashimoto: Trastorno autoinmune en el que el sistema inmunitario ataca la tiroides. Es la causa más común

Tiroiditis: Inflamación de la tiroides

Hipotiroidismo congénito: Hipotiroidismo presente al nacer

Extracción quirúrgica de parte o la totalidad de la tiroides

Tratamiento de radiación de la tiroides

Ciertos medicamentos

En casos raros, una enfermedad de la glándula pituitaria o consumir demasiado o muy poco yodo en la dieta

¿Quién está en riesgo de hipotiroidismo?

Usted tiene mayor riesgo de hipotiroidismo si:

Es mujer

Es mayor de 60 años

Ha tenido un problema de tiroides anteriormente, como bocio

Ha tenido una cirugía para corregir un problema de tiroides

Ha recibido radioterapia en la tiroides, el cuello o el tórax

Tiene antecedentes familiares de enfermedad de la tiroides

Estuvo embarazada o tuvo un bebé en los últimos 6 meses

Tiene el síndrome de Turner, un trastorno genético que afecta a las mujeres

Tiene anemia perniciosa, en la cual el cuerpo no puede producir suficientes glóbulos rojos sanos porque no tiene suficiente vitamina B12

Tiene el síndrome de Sjögren, enfermedad que causa sequedad en los ojos y la boca

Tiene diabetes tipo 1

Tiene artritis reumatoide, enfermedad autoinmune que afecta las articulaciones

Tiene lupus, enfermedad autoinmune crónica

¿Cuáles son los síntomas del hipotiroidismo?

Los síntomas del hipotiroidismo pueden variar de persona a persona y pueden incluir:

Fatiga

Aumento de peso
Rostro hinchado
Problemas para tolerar el frío
Dolor articular y muscular
Estreñimiento
Piel seca
Cabello seco y delgado
Disminución de la sudoración
Períodos menstruales intensos o irregulares
Problemas de fertilidad en mujeres
Depresión

Baja frecuencia cardíaca

Bocio, un agrandamiento de la tiroides que puede hacer que su cuello se vea hinchado. A veces puede causar problemas para respirar o tragar

Debido a que el hipotiroidismo se desarrolla lentamente, muchas personas no notan síntomas de la enfermedad durante meses o incluso años.

¿Qué otros problemas pueden causar el hipotiroidismo?

El hipotiroidismo puede contribuir al colesterol alto. En casos raros, el hipotiroidismo no tratado puede causar coma mixedematoso. Esta es una condición en la que las funciones de su cuerpo se ralentizan hasta el punto de poner en peligro la vida.

Durante el embarazo, el hipotiroidismo puede causar complicaciones como parto prematuro, presión arterial alta en el embarazo y pérdida del embarazo. También puede retrasar el crecimiento y desarrollo del bebé.

¿Cómo se diagnostica el hipotiroidismo?

Para hacer un diagnóstico, su profesional de la salud:

Considerará su historia médica, incluyendo preguntas sobre sus síntomas

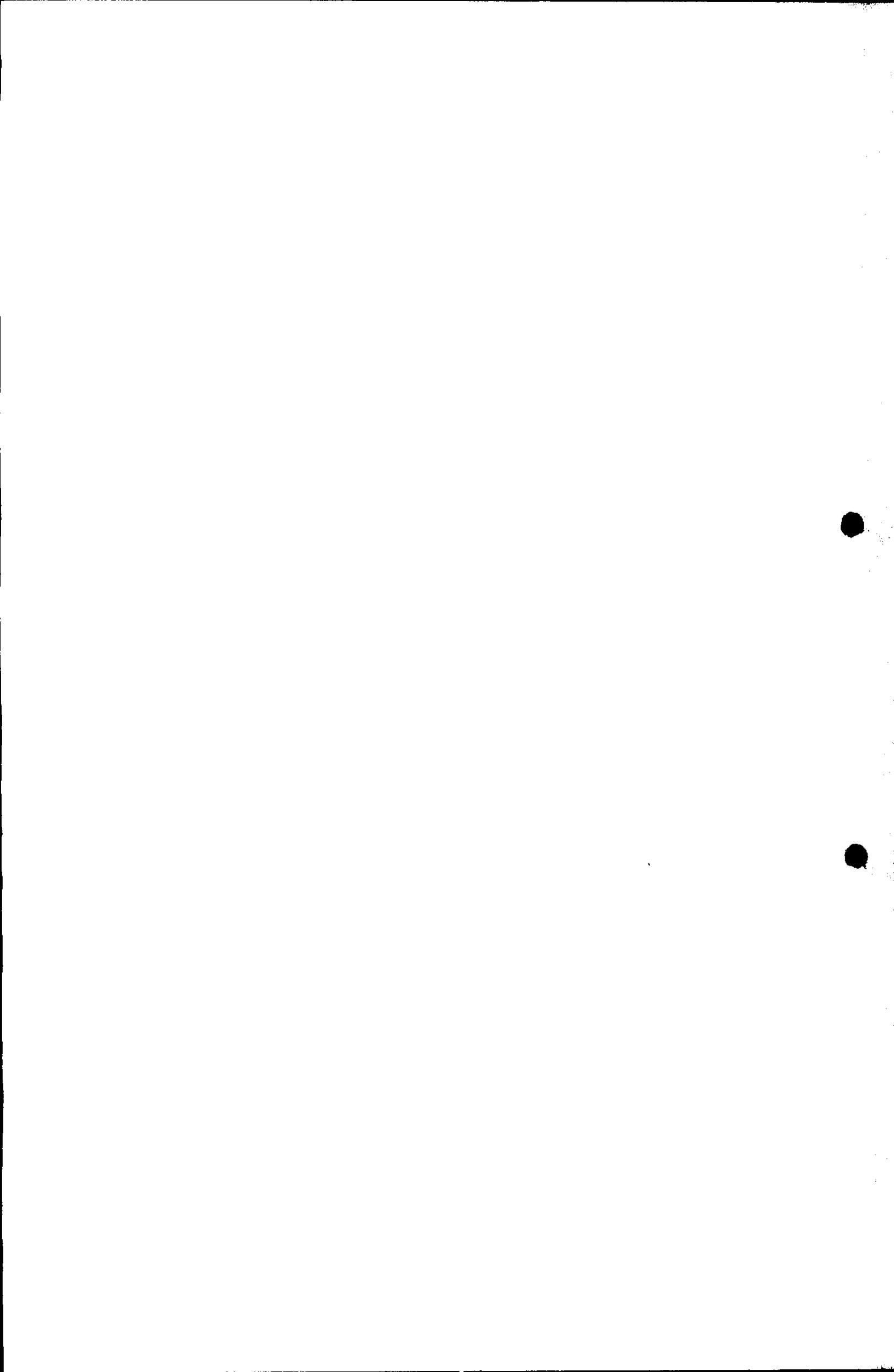
Hará un examen físico

Puede realizar pruebas de tiroides, como:

Prueba de TSH, T3, T4 y análisis de sangre de anticuerpos tiroideos

Pruebas de imagen como un examen de tiroides, ecografía o prueba de absorción de yodo radioactivo, la que mide la cantidad de yodo radioactivo que su tiroides absorbe de su sangre después de tragar una pequeña cantidad"

(Subrayado y negrilla fuera del texto original)



En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) ya contaba con antecedentes clínicos de hipertensión arterial e hipotiroidismo con anterioridad al mes de febrero del año 2016, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del

asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto ella debió informar. Lo anterior, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó a la Asegurada, lo siguiente:

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?

(...)

*Diabetes o **enfermedades del sistema endocrino.***

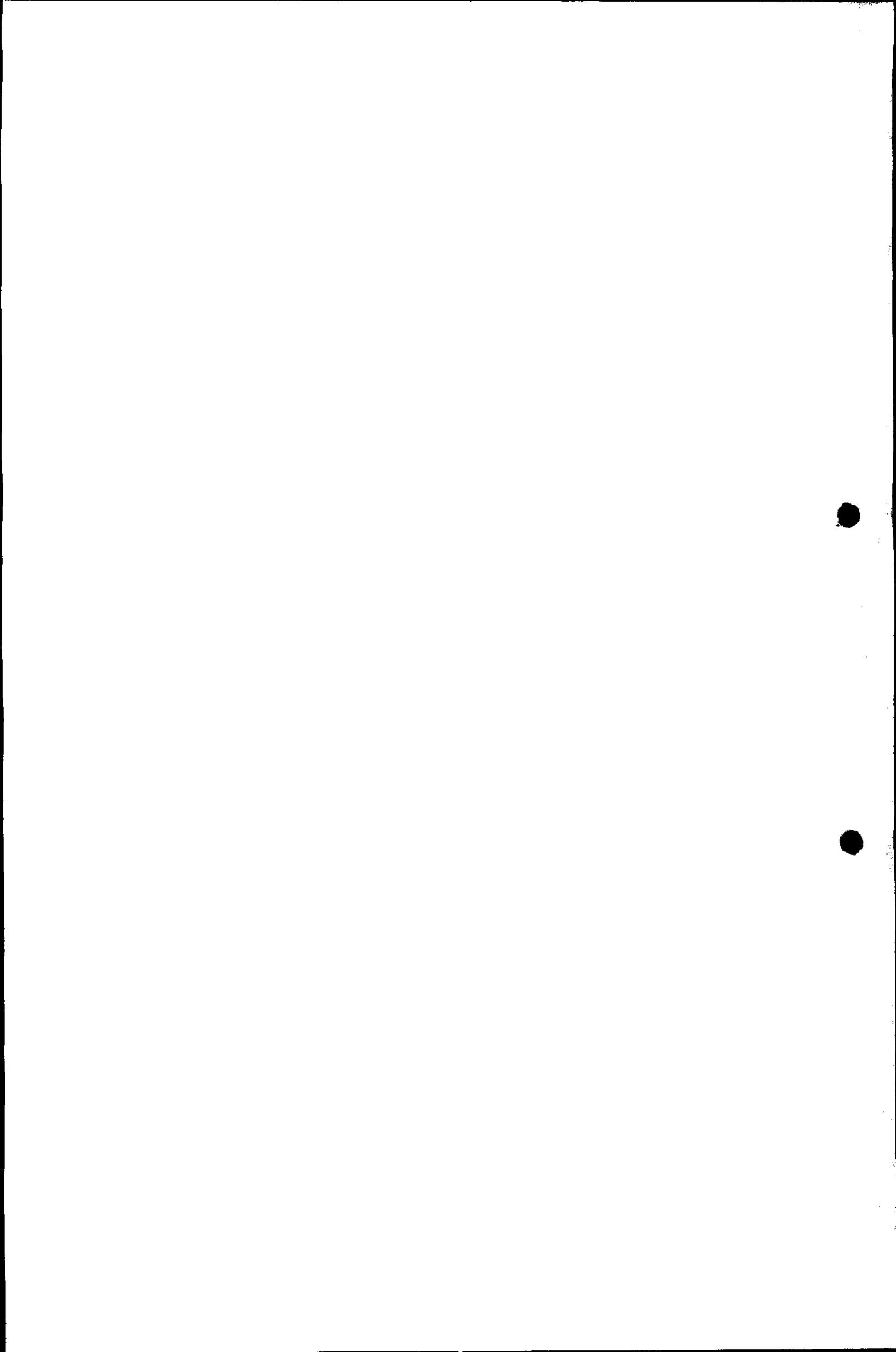
(...)

*Dolor en el pecho, **tensión arterial alta**, infarto o cualquier enfermedad del corazón.*

(...)

***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?"** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) tenía antecedentes de "hipertensión arterial", faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por tensión arterial alta, (ii) aunque la Asegurada (Q.E.P.D) había sido diagnosticada con hipotiroidismo con anterioridad al año 2016, faltó a la verdad al declarar que no sufría de enfermedades del sistema endocrino y (iii) que si



bien ella padeció de sendas patologías, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la Asegurada padecía y conocía de la existencia de su hipertensión arterial e hipotiroidismo. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) no informó a mi procurada de la existencia de su hipertensión arterial e hipotiroidismo. Patologías anteriores al perfeccionamiento de su aseguramiento. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con semejantes patologías.

En conclusión, la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. De esta manera se debe aclarar que, pese a que con anterioridad al año 2016 se registró en su información médica "*Hipertensión Arterial*" e "*Hipotiroidismo*", omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, faltando así a la verdad, aun cuando estos padecimientos le fueron preguntados expresamente. En este sentido, teniendo en cuenta las repercusiones que estas enfermedades tuvieron en la condición de salud de la Asegurada (Q.E.P.D) y tomando en consideración la potencialidad de los efectos adversos que dichas patologías pueden llegar a tener en una persona, es completamente claro que sí mi representada hubiera conocido de aquellos antecedentes y sus riesgos con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con recapitular el análisis transversal que se ha realizado, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad del contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y

antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

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

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

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

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

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

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

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida**. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁸.

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 fundamentales⁹. 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 conocer¹⁰". (Subrayado fuera del texto original)

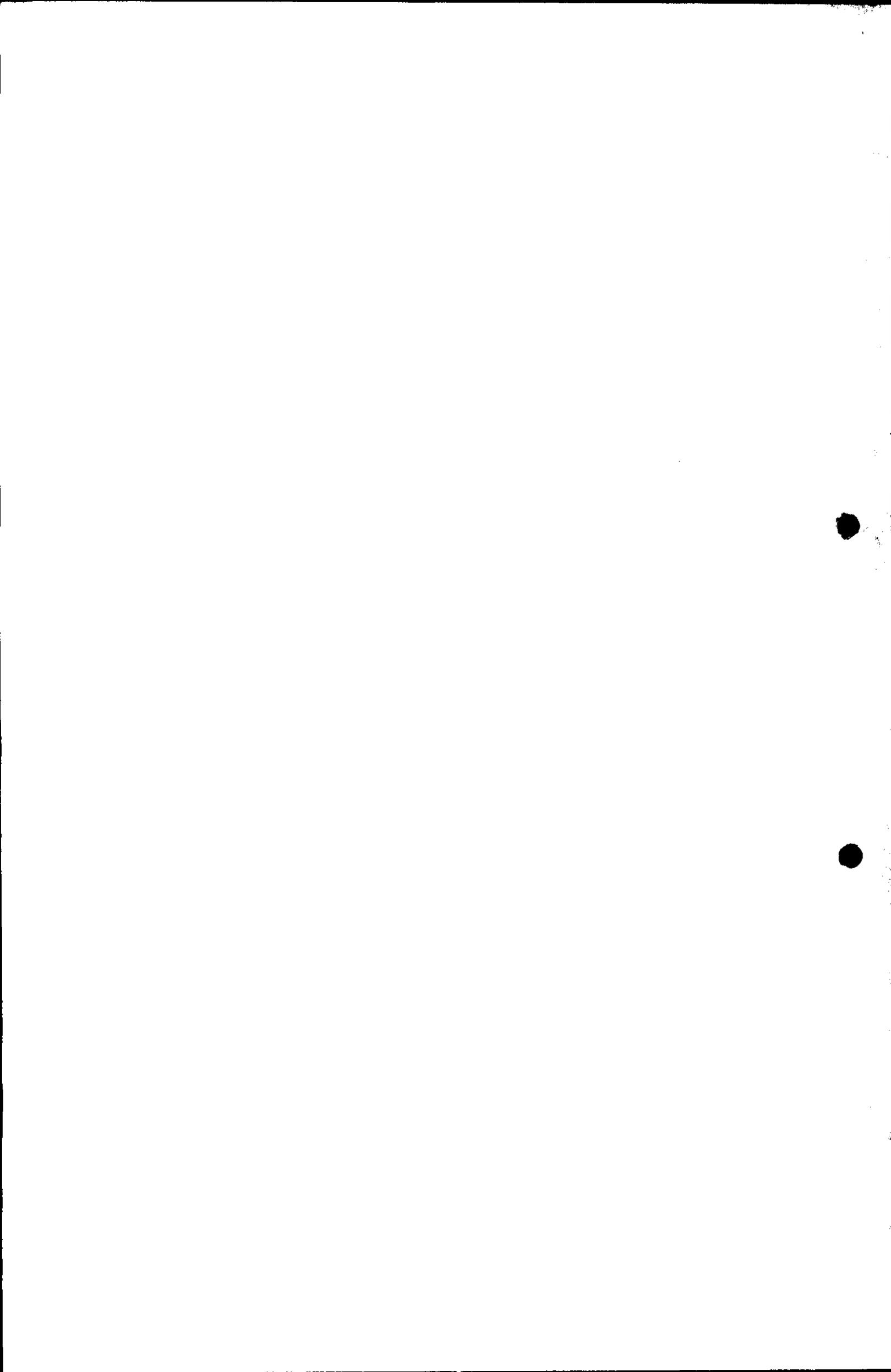
De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante

⁸ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: "aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bona fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador."

⁹ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2006.

¹⁰ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.



referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo,** por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹¹

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹², en donde estableció lo siguiente:

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

*No puede, entonces, **ondilgarse 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.*

(...)

¹¹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereco Pérez.

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

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

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”¹³ (subrayado fuera del texto original).

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

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

¹³ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P. 164.



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

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

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

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

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

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

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

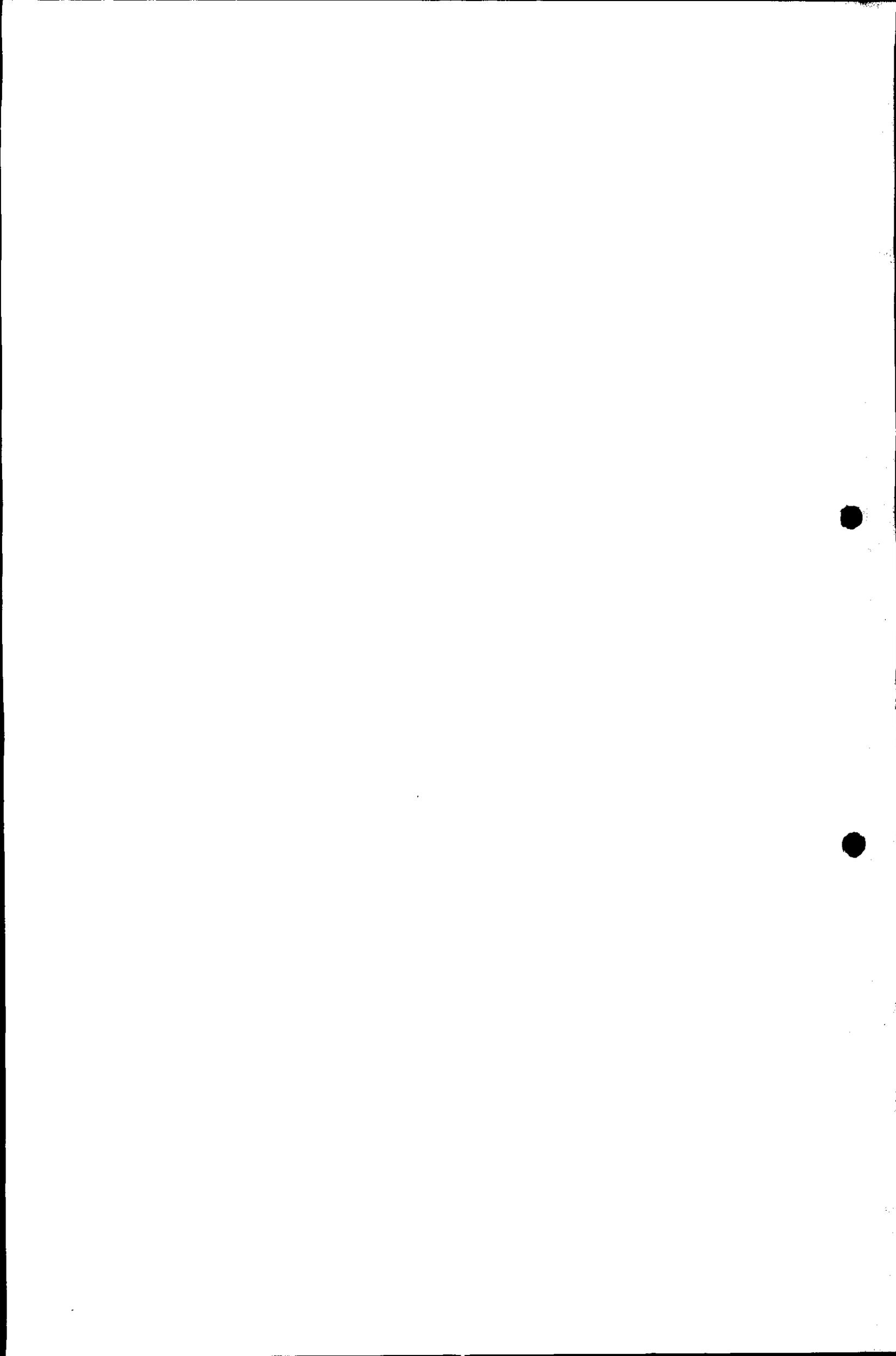
4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas fuera del texto).¹⁴

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁵, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

¹⁵ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.



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

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

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del

estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

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

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

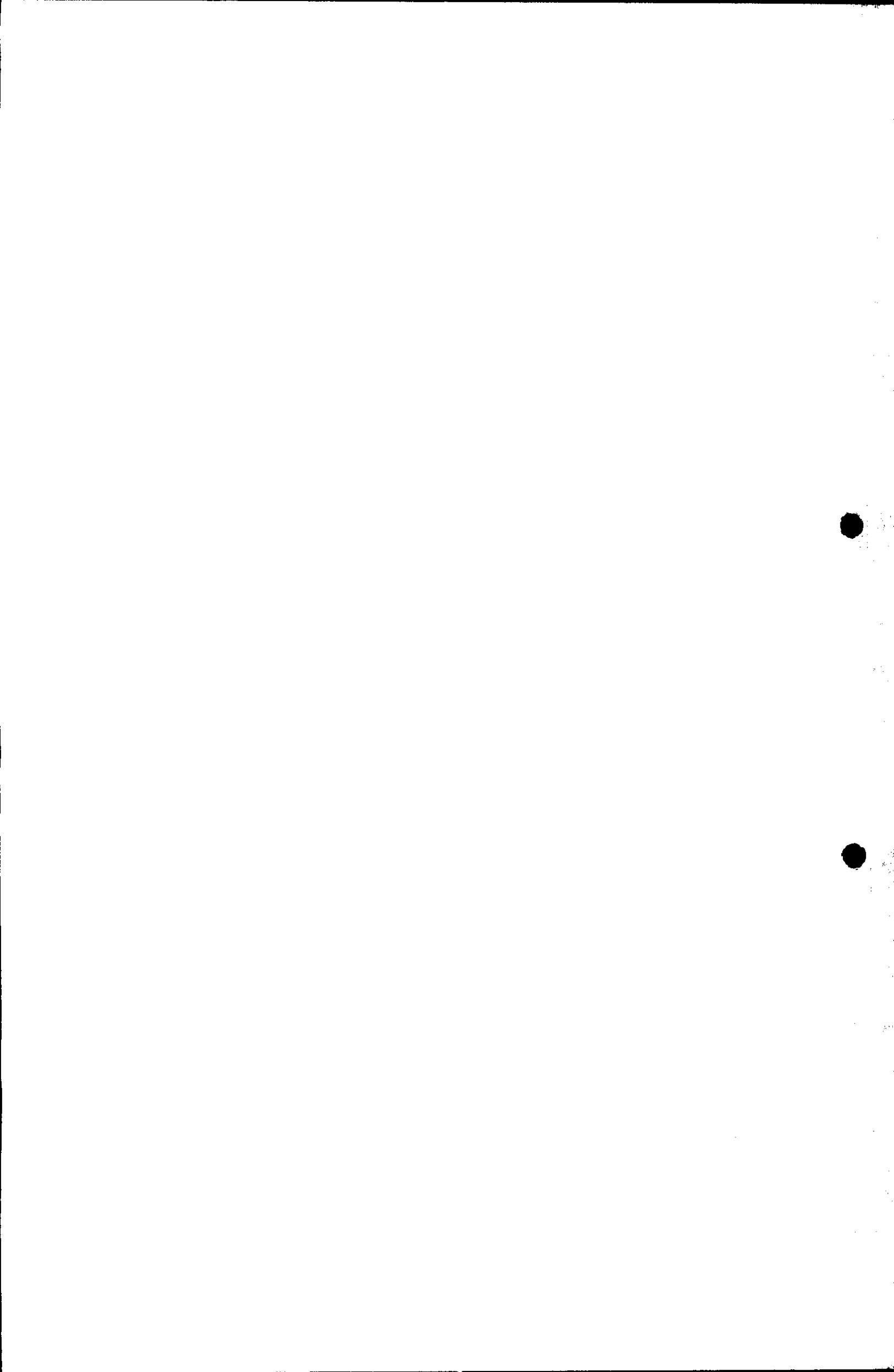
IV. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

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

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

En conclusión, dado que la señora Ana Olivia Quemba de Barreto fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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



V. OPERÓ EL DESISTIMIENTO TÁCITO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 317 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.

Se propone esta excepción teniendo en cuenta que acaeció el desistimiento tácito consagrado en el artículo 317 del Código General del Proceso, esto como quiera que transcurrió más de un año de inactividad del proceso en la secretaría del Despacho.

VI. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

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

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

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

II. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER LOS SALDOS INSOLUTOS DE LA OBLIGACIÓN.

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

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

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Ana Olivia Quemba de Barreto que se relaciona con el crédito No. 9600233310.
- 1.2. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
- 1.3. Derecho de petición de fecha de 06 abril de 2021, enviado a la NUEVA EPS S.A.

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

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **JACKELINE BARRETO QUEMBA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.385.373 en su calidad de Accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La señora **JACKELINE BARRETO QUEMBA** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **CESAR AUGUSTO CARRASCAL**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.19.143.319, profesional médico adscrito a la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia clínica,

evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la Asegurada.

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

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

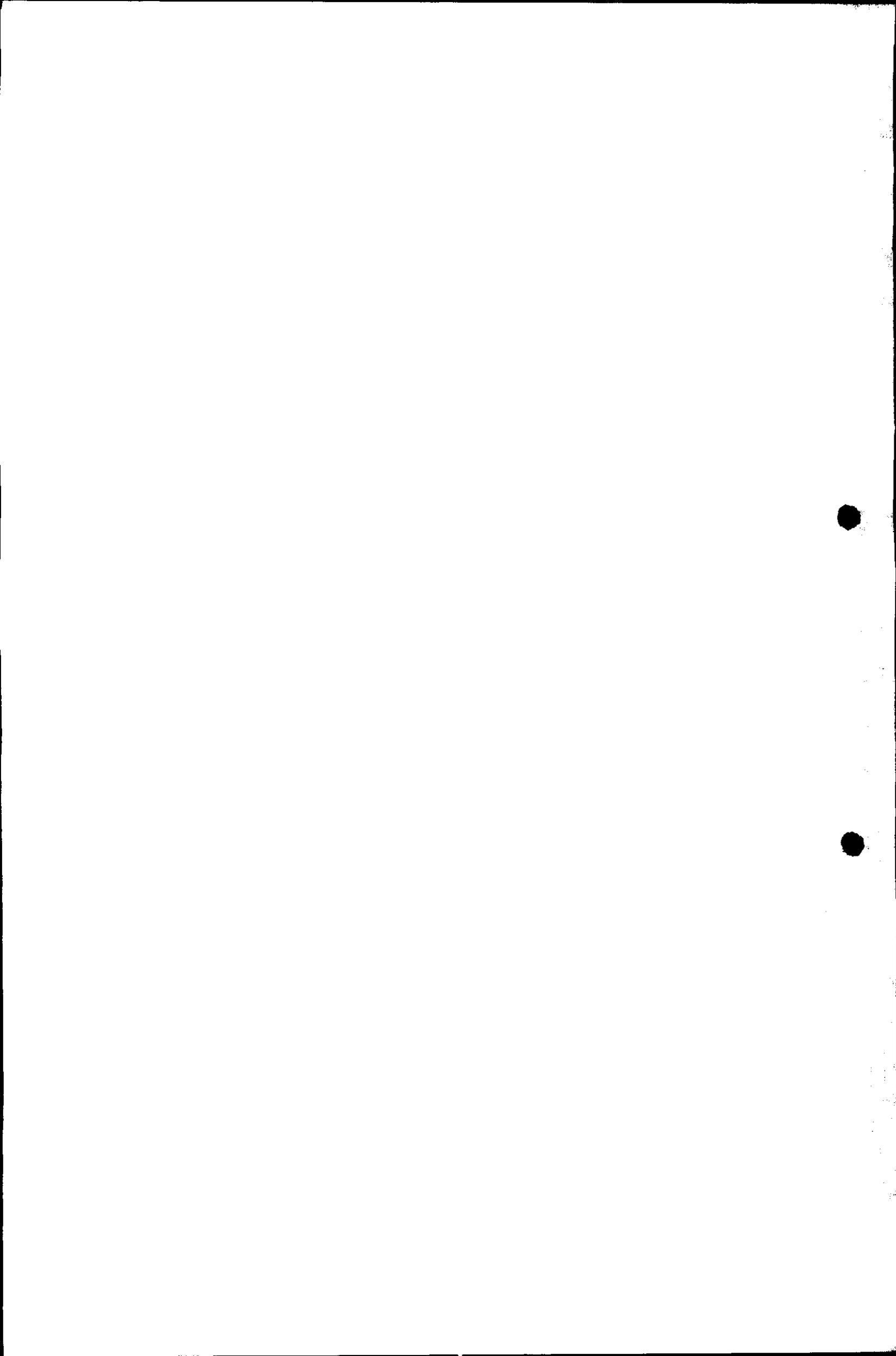
- 4.2. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **ALEXANDER SAAVEDRA VÁSQUEZ**, Gerente Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la Asegurada. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

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

- 4.3. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **CAMILO ANDRÉS MENDOZA GAITÁN**, Asesor Externo de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la Asegurada (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber



tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Ana Olivia Quemba de Barreto (Q.E.P.D), así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la Asegurada (Q.E.P.D), de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El doctor Mendoza podrá ser citado en la Calle 113 No. 10-22, Apto 402 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camiloanmega@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

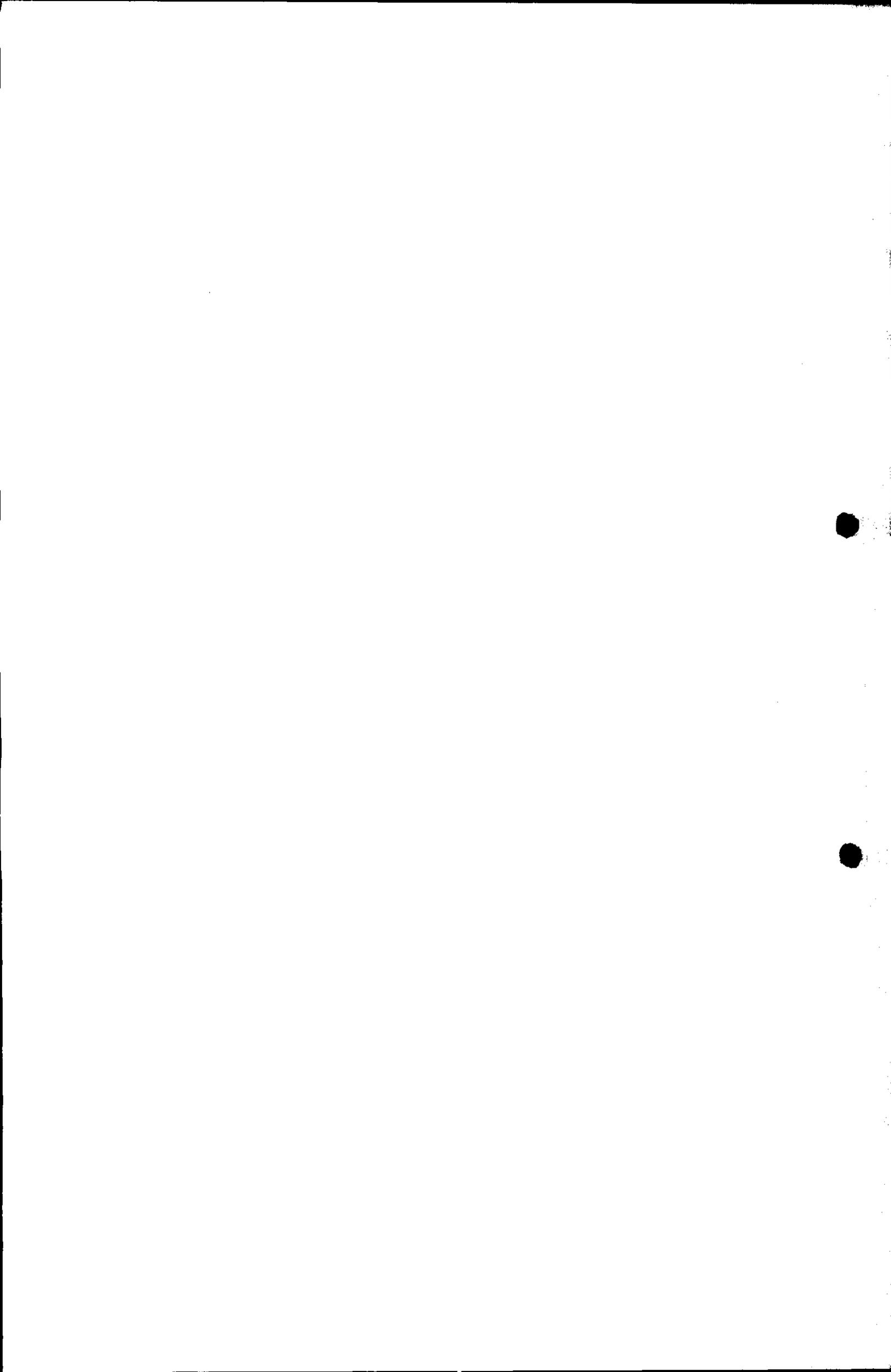
- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LA ACCIONANTE** para que **EXHIBA LA HISTORIA CLÍNICA DE LA SEÑORA ANA OLIVIA QUEMBA DE BARRETO** (Q.E.P.D) correspondiente al periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 al 2016, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la Asegurada sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la Asegurada declaró su estado de asegurabilidad.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **NUEVA EPS S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la historia clínica que repose en sus archivos, correspondiente al periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 al 2016, de la señora Ana Olivia Quemba Barreto (Q.E.P.D), mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.450.851 expedida en Bogotá. Vale la pena agregar, que el citado documento se encuentra en poder de la mencionada entidad como quiera que es sobre quien reposa el deber legal de custodia de tal información personalísima.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la Asegurada (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro y así mostrar la reticencia con que ella misma declaró su estado de asegurabilidad.

Nueva EPS S.A., puede ser notificada en la Cra 85K No. 46A-66 Pisos 2 y 3 en Bogotá. O en la dirección de correo electrónico: secretaria.general@nuevaeps.com.co



- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **BANCO BBVA COLOMBIA S.A.** exhibir en la oportunidad procesal correspondiente el original, o en su defecto una copia legible, de la solicitud / certificado individual de Seguro Vida Deudores suscrito por la señora **ANA OLIVIA QUEMBA BARRETO** correspondiente al crédito No. 9699233310.

El propósito de la exhibición de este documento consiste acreditar la reticencia con la que la Asegurada (Q.E.P.D) declaró su estado de asegurabilidad, al contestar negativamente todos y cada uno de los interrogantes plasmados en aquella declaración. Así mismo, se pretende acreditar que dicho documento contiene información legible y completamente clara para cualquier potencial asegurado.

Por otro lado, vale la pena agregar, que el documento original se encuentra en poder de la mencionada entidad bancaria, quien tiene esa documental debido a que la vinculación al seguro, así como su correspondiente solicitud por parte de los diferentes asegurados, se realiza en las dependencias del Establecimiento de Crédito en virtud del acuerdo que tiene aquella entidad con mi representada. Razón por la que desde ahora, se solicita al señor juez que ordene su exhibición.

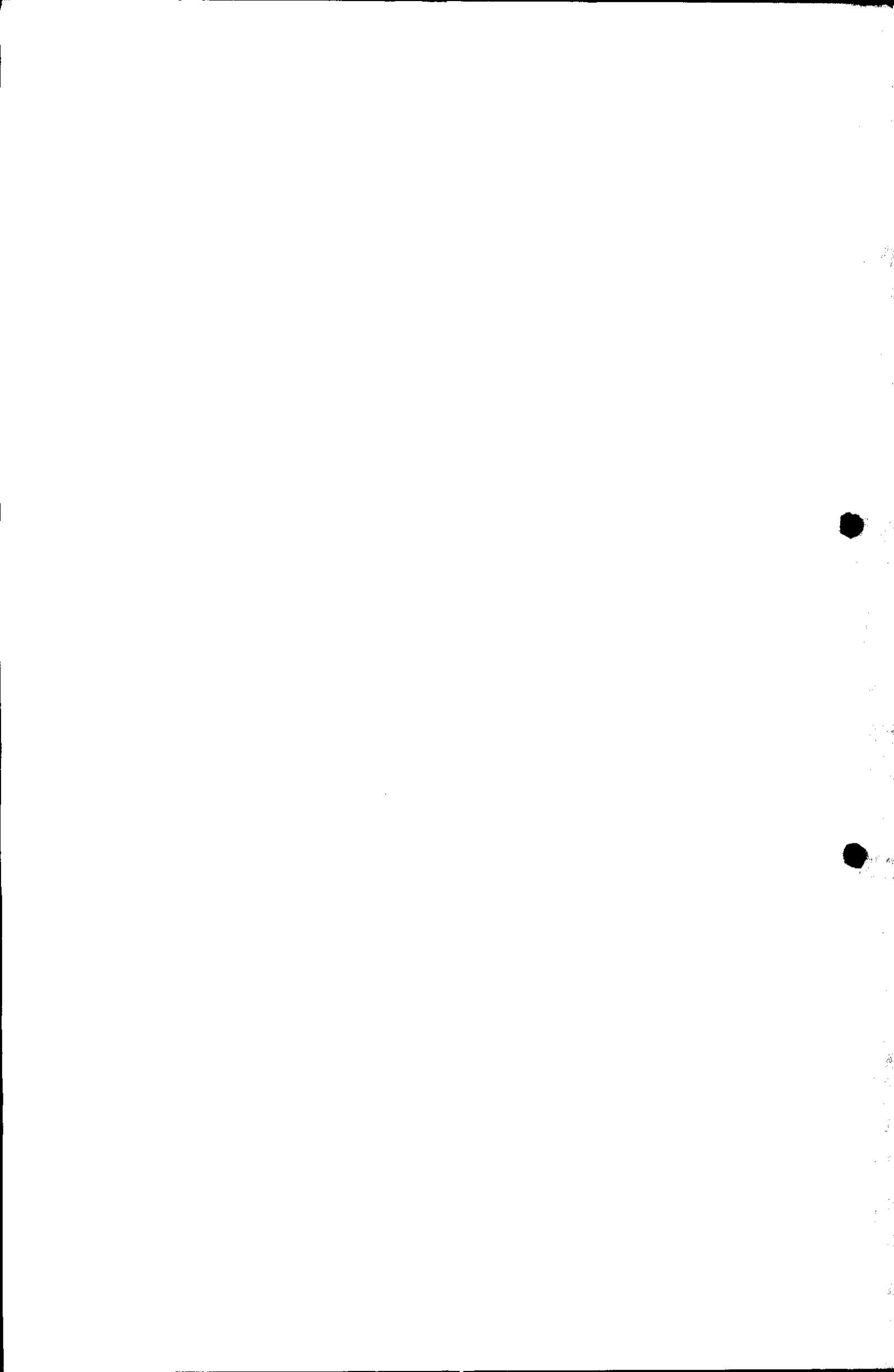
El Banco BBVA Colombia S.A puede ser notificado en la carrera 9 No. 72-21 Piso 10 en la ciudad de Bogotá. O en la dirección de correo electrónico: notifica.co@bbva.com

6. OFICIOS

- 6.1. Respetuosamente solicito al Despacho se oficie a **NUEVA EPS S.A.**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra y auténtica de la historia clínica que repose en sus archivos, correspondiente al periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 al 2016, de la señora Ana Olivia Quemba De Barreto (Q.E.P.D), mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.450.851 expedida en Bogotá. Vale la pena agregar, que el citado documento se encuentra en poder de la mencionada entidad como quiera que es sobre quien reposa el deber legal de custodia de tal información personalísima.

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

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la Asegurada (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que ella misma declaró su estado de asegurabilidad.



Nueva EPS S.A puede ser notificado en la Cra 85K No. 46A-66 Pisos 2 y 3 en Bogotá y en la dirección de correo electrónico: secretaria.general@nuevaeps.com.co

ANEXOS

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

NOTIFICACIONES

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

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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

388

Juzgado 28 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C.

De: GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>
Enviado el: lunes, 06 de septiembre de 2021 3:37 p. m.
Para: Juzgado 28 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C.
CC: acgutierrezg@unal.edu.co; hugoov12@hotmail.com; H & A Santiago Rojas Buitrago; GHA BRYAN FERNANDO RAMÍREZ MANJARRÉS
Asunto: CONTESTACION A LA REFORMA DE LA DEMANDA // RAD: 2018-00630 DDTE JACKELINE BARRETO QUEMBA VS DDDO: BBVA SEGUROS DE VIDA//
Datos adjuntos: 02. ANEXOS.pdf; 01. Contestación a REFORMA DE DEMANDA BBVA - Jackeline Barreto.pdf

SEÑORES

JUZGADO VEINTIOCHO (28) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

REF. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA

DEMANDANTE: JACKELINE BARRETO QUEMBA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICADO: 110013103028-2018-00630-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el doctor Manuel José Castrillón Pinzón, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA** formulada por la señora Jackeline Barreto Quemba en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la Demandante, de acuerdo con lo expresado en los documentos adjuntos a continuación:

1. Contestación a la reforma de la Demanda
2. Anexos de contestación de la Demanda



399

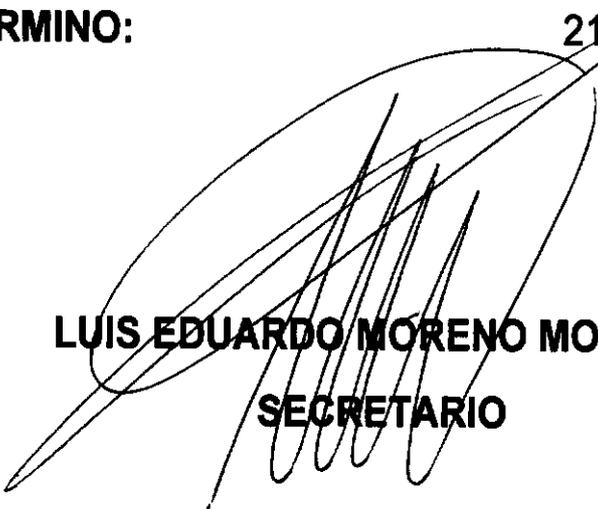
Nota: De conformidad con lo ordenado en el decreto 806 de 2020 se envía este correo en copia a los apoderados de la parte Demandante.

CONSTANCIA DE TRASLADO DENTRO DEL PROCESO No 2018-00630 (Excepciones de mérito folios, 326 a 389 del cuaderno 1).
ARTICULOS 370 Y 110 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.

FECHA FIJACION: 14 DE ENERO DE 2022

EMPIEZA TÉRMINO: 17 DE ENERO DE 2022

VENCE TÉRMINO: 21 DE ENERO DE 2022



LUIS EDUARDO MORENO MOYANO
SECRETARIO

