

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN
SALA CIVIL - FAMILIA**

MAGISTRADO PONENTE: MANUEL ANTONIO BURBANO GOYES

Popayán, once (11) de abril de dos mil veinticinco (2025).

OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Corresponde resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada frente a la sentencia proferida el 30 de junio del año 2021¹, por el JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE PAPAAYÁN, dentro del proceso verbal de incumplimiento contractual promovido por JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, en contra de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA.

LA DEMANDA Y SUS PRETENSIONES

Solicita el demandante hacer los siguientes pronunciamientos:

1. Declarar que la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA, incumplió el contrato de seguro de vida grupo deudores tomado por la señora ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ, frente a las obligaciones No. 9608372435 / 9610231266 / 9610301093, contenidas en los pagarés No. 10301093, 10231266, 5000842722, 5000842274 y 89608372435, y condenar a la demandada a pagar el seguro tomado.

¹En el auto admisorio del recurso de apelación del 27 de febrero de 2024, se dispuso compulsar copias entre otros motivos por: desconocimiento del término establecido en el artículo 324 para la remisión del recurso de apelación al superior: 2 años y medio después del plazo legal establecido para ese cometido.

2. En consecuencia condenar a la demandada COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA, a pagar al BANCO BBVA COLOMBIA SA, o al demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, el saldo de las referidas obligaciones a la fecha de la última cuota de amortización causada con anterioridad a la muerte de ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ.

3. Reconocer perjuicios materiales, daño emergente, por valor de \$157.265.320,04, que corresponde a la suma pagada por JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO al BANCO BBVA COLOMBIA SA por las referidas obligaciones.

4. Reconocer a favor del demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, por concepto de perjuicios morales, el equivalente a 100 SMLMV.

LOS FUNDAMENTOS FÁCTICOS DE LA DEMANDA

Dada la ausencia de la anhelada síntesis y la exposición repetitiva y desordenada de los hechos que soportan las pretensiones, pues en su enunciación se incluyen aspectos ajenos a este tópico, la sala reseña los que considera relevantes:

1. La señora ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ (QEPD), esposa del demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, contrajo las obligaciones No. 9608372435 / 9610231266 / 9610301093, contenidas en los pagarés No. 10301093, 10231266, 5000842722, 5000842274 y 89608372435.

2. Para lograr estos créditos ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ (QEPD) "suscribió contrato de seguro, póliza de seguro grupo deudores", con **LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. con quien trabaja el banco BBVA**, contenido en la póliza No. 0110043.

3. En diferentes oportunidades: 19 de abril 2011, 21 de abril de 2017 y 2 de mayo de 2017, para adquirir el seguro de vida deudores, la señora ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ (QEPD), declaró su estado de salud en los formularios que fueron diligenciados por el asesor comercial de banco, sin retener información importante que hubiese variado las condiciones del seguro de vida, sin exigencia adicional alguna y sin que le hayan explicado el alcance y contenido del mismo.

4. Al presentar dolor en el hombro derecho la señora ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ (QEPD), en julio de 2017 acudió al médico quien le diagnosticó "cáncer avanzado en el hombro derecho siendo el tumor primario con metástasis en encéfalos y la meninge, en el pulmón", y posteriormente, el 20 de septiembre de 2017 falleció como consecuencia del referido padecimiento.

5. Ante el fallecimiento de su esposa el demandante acudió al BANCO BBVA COLOMBIA SA, solicitando hacer efectiva la póliza de seguro de vida tomada, y el 06 de febrero de 2018 recibió por parte de BBVA SEGUROS S.A., respuesta negativa, señalando que conforme a la historia clínica la occisa tenía antecedentes de taquicardia y arritmia cardiaca, hechos relevantes que no fueron informados al diligenciar el correspondiente formulario y que dan lugar a objetar la reclamación.

6. Por cuanto BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. objetó la reclamación para hacer efectiva la póliza, el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., inició proceso ejecutivo para obtener la satisfacción de los créditos otorgados a la occisa, por lo que, finalmente, el aquí demandante tuvo que cancelar a la entidad bancaria ejecutante la suma de "\$157.265.320,04", para efectos de obtener la terminación del proceso por pago total de la obligación cobrada coercitivamente.

RESPUESTA DE LA PARTE DEMANDADA

- La demandada, COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a través de su vocero judicial contestó la demanda, manifestando en general no constarle o no ser ciertos los hechos que la soportan. Frente a las pretensiones dijo oponerse a la prosperidad de todas las formuladas en su contra.

En esencia, alega que la deudora ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ, al diligenciar los formularios para efectos del aseguramiento, omitió, ocultó, información relevante, que de haberse conocido habría conducido a otorgar el seguro en condiciones más onerosas o incluso no otorgarlo.

Lo anterior por cuanto al revisar la historia clínica de la occisa, encontró que desde el año 2015 ya padecía de "TAQUICARDIA Y ARRITMIA CARDÍACA", enfermedades preexistentes que cataloga de graves, no informadas al diligenciar los formularios. Plantea entonces que, ante tal situación, reticencia, en aplicación de lo dispuesto por el artículo 1058 del C. de Co., es procedente la objeción que realizó frente a la reclamación para el pago del seguro de vida deudores, por nulidad relativa del contrato.

Pone de presente también, con apoyo en citas jurisprudenciales, que para aplicar las consecuencias de la reticencia en los términos del artículo 1058 del C. del Co., no es necesario que la enfermedad preexistente no informada sea la causa del siniestro (la muerte del deudor); señala, además, no ser necesario probar la mala fe al brindar la información, o que la aseguradora tenga la obligación de practicar exámenes médicos para corroborarla.

Bajo tales razonamientos objetó el juramento estimatorio y planteó, además de la innominada, como excepciones de fondo las siguientes: "NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO; INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL; LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO; BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO; INEXISTENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS".

Como excepciones que catalogó como subsidiarias formuló: "INEXISTENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS y la de IMPROCEDENCIA TOTAL DE LA SOLICITUD DE PERJUICIOS MORALES", al no existir prueba alguna de tales perjuicios.

Finalmente formuló otras excepciones que también dijo ser subsidiarias: "EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO, y la de que, EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER LOS SALDOS INSOLUTOS DE LAS OBLIGACIONES".

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La a quo, en sentencia que profirió por escrito el 30 de junio del año 2021, declaró no probadas las excepciones formuladas como principales por la sociedad demandada; declaró probadas las excepciones subsidiarias de: "EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO, y la de que, EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER LOS SALDOS INSOLUTOS DE LAS OBLIGACIONES".

Declaró que la sociedad demandada incumplió el contrato de seguro de vida deudores correspondiente a la póliza No. 0110043; en consecuencia, dispuso cancelar el valor asegurado y pagar el saldo insoluto de las obligaciones No. 9608372435 / 9610231266 / 9610301093, al demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO.

Dispuso también: "RECONOCER POR PERJUICIOS MATERIALES por concepto de daño emergente", la suma de \$90.000.000, a favor del demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO y el equivalente a 20 SMLMV, por concepto de daño moral.

Finalmente dijo no aceptar la objeción al juramento estimatorio y condenó en costas a la parte demandada.

En la parte motiva de la sentencia, la juez transcribió los antecedentes del proceso, demanda, contestación, excepciones y relacionó las pruebas recaudadas. Se refirió luego al contrato de seguro, concepto, características, elementos; habló de la buena fe contractual y de la nulidad del contrato de seguro por reticencia. Se adentró luego en la revisión de las excepciones formuladas como principales por la demandada, para finalmente señalar que ninguna de ellas prosperaba, señalando básicamente que para la nulidad del contrato de seguro por reticencia se requiere probar "la mala fe del asegurado", que aún probadas las preexistencias, ello no desvirtúa la presunción de buena fe; dijo además que la sociedad demandada, como profesional de esa actividad, tenía el deber de indagar sobre el estado del riesgo y consignar las exclusiones en la póliza, sin embargo no practicó exámenes médicos, ni mucho menos solicitó la historia clínica.

Indicó que, la enfermedad que ocasionó la muerte se conoció después de haberse tomado la póliza y que debía tenerse en cuenta el saldo insoluto de las obligaciones, conforme a la última cuota causada antes de la muerte de ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ, sin que tales valores a pagar excedan los montos máximos pactados.

LA APELACIÓN

La sociedad demandada, a través de su vocero judicial, mostró su inconformidad frente a la sentencia de primera instancia solicitando revocarla para en su lugar negar las pretensiones formuladas en su contra. De no acceder a la petición anterior, de manera subsidiaria solicitó: "tener en cuenta que la obligación indemnizatoria de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., está limitada al saldo insoluto de la obligación contraída por la señora Rosa María Zúñiga Gómez"; por lo que, "no existiendo saldo insoluto pendiente, la obligación es inexistente".

Al desarrollar los reparos concretos en contra de la decisión de primera instancia, básicamente señaló:

- 1.** No haber tenido en cuenta que la obligación de la aseguradora se circunscribe a los límites máximos de la póliza y concretamente al saldo insoluto de la obligación, apartándose con ello del objeto de la fijación del litigio y que, además, se trata de perjuicios que no están probados.
- 2.** Haber reconocido el pago de perjuicios morales, los cuales no están incluidos o amparados en la póliza.

3. Indebida valoración probatoria por cuanto no se acreditó la concurrencia de los elementos de la responsabilidad civil contractual.

4. Para que se configure la reticencia no es necesario que exista un nexo causal entre la enfermedad no declarada y el deceso.

5. No existe ninguna disposición legal que obligue a las aseguradoras a realizar exámenes o valoraciones a la historia clínica del asegurado, en la etapa precontractual o durante el aseguramiento.

6. No es necesario acreditar la mala fe para que se configure la reticencia.

7. El contrato de seguro está afectado de nulidad relativa por cuanto de la historia clínica y del testimonio de la dra. María Victoria Fernández, se desprende que la Rosa María Zúñiga Gómez fue reticente al momento de solicitar su inclusión en la póliza.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA JURÍDICO:

Por naturaleza de las funciones que aquí nos compete desarrollar, acorde con lo decidido por la *a quo* y conforme a los motivos del recurso de apelación formulado, la Sala resolverá, el siguiente interrogante:

¿Se incurrió en reticencia al responder el cuestionario propuesto por la aseguradora?

Al anterior interrogante se responde en forma negativa, razón por la cual, se confirmará la sentencia de primera instancia, que declaró el incumplimiento por parte de la aseguradora demandada de lo pactado en la póliza de seguro de vida grupo deudores; no obstante, se revocará la condena al pago de perjuicios morales y se precisará que la indemnización, conforme lo pactado en la póliza, su anexo y la certificación del valor asegurado por las obligaciones No. 9608372435 / 9610231266 / 9610301093, ha de corresponder al saldo adeudado a la fecha de la muerte de la deudora (sin que exceda los topes máximos asegurados); además, sin observancia de los topes máximos, deberá pagar, intereses moratorios, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 1080 del C. del Co.

Sea lo primero indicar que la competencia para resolver este asunto en segunda instancia y los presupuestos para efectos de adoptar decisión de fondo se cumplen, a más de que ninguna discusión se ha planteado en torno a la competencia de la juez de primera instancia, la capacidad para comparecer al proceso, el adecuado ejercicio del derecho de postulación y la demanda en forma. Tampoco está en entredicho la legitimación en la causa, tanto por activa, como por pasiva. Se establece que el aquí demandante sí está legitimado por activa, pues como lo ha precisado esta Sala en pronunciamientos anteriores:

“La vida se asegura para bien del acreedor, hasta la concurrencia del saldo insoluto de la obligación. De ahí, que (...) el banco (...) sería el único llamado a exigir las consecuencias directas del seguro contratado”, tal axioma no es absoluto, “en consideración a que la ejecución o inejecución de un negocio jurídico puede beneficiar o afectar indirectamente otros patrimonios, se tiene aceptado que los terceros interesados se encuentran facultados para

velar por la suerte del mismo. Es el caso, entre otros, del cónyuge sobreviviente o de los herederos del asegurado, inclusive del socio o vocero de una sociedad, cuya vida estaba amparada, quienes, en defensa de la sociedad conyugal, de la herencia o del patrimonio social, pueden exigir a la aseguradora que pague lo que debe y a quien corresponde”².

- EL INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL DE LA SOCIEDAD DEMANDADA.

Ninguna controversia existe frente al contrato de seguro de vida deudores cuya infracción plantea el demandante. La póliza No. 110043 anexa a la demanda, así lo acredita. En efecto, conforme a la PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 110043 y su documento anexo, se tiene que el **tomador** del seguro es el BANCO BBVA COLOMBIA SA, el **asegurador** es la sociedad aquí demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA, la **asegurada** es la deudora ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ (QEPD) y la **beneficiaria** es la misma entidad financiera **por el saldo insoluto de la deuda**, BANCO BBVA COLOMBIA SA; también se establece que el **riesgo asegurado** es la muerte de la deudora.

Acreditado también se encuentra que, ocurrido el siniestro, la muerte de ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ, el 20 de septiembre de 2017, posteriormente, el 17 de octubre de 2017, se presentó reclamación a la demandada para hacer efectivo el pago de la póliza, sociedad que objetó la reclamación alegando reticencia al diligenciar los formularios de asegurabilidad, pues no se informó que la deudora asegurada padecía de “taquicardia y arritmia cardíaca”; preexistencias estas que tampoco son motivo de enfrentamiento, dado que en la historia clínica aparecen registradas.

² TRIBUNAL SUPERIOR DE POPAYÁN, SALA CIVIL - FAMILIA. Radicación No. 19001-31-03-004-2019-00140-01. M.P. Doris Yolanda Rodríguez Chacón.

De ahí que la controversia gira como antes se expuso, en establecer si esas preexistencias constituyen, en los términos del artículo 1058 del C. de Co., reticencia que conducen a la nulidad del contrato de seguro.

Para la sociedad demandada, aquí apelante, la señora ROSA MARÍA ZÚÑIGA GÓMEZ (QEPD), al diligenciar el correspondiente formulario requerido para efectos de establecer o declarar el estado del riesgo, no informó tener antecedentes de taquicardia y arritmia cardíaca. Plantea entonces que, conforme lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, el contrato de seguro está afectado de nulidad relativa por reticencia, inexactitud, ocultamiento, del verdadero estado del riesgo.

Para el demandante, en posición acogida en la sentencia de primera instancia, esas preexistencias no reportadas o registradas al diligenciar el formulario sobre el estado del riesgo, no constituyen reticencia y, por lo tanto, la aseguradora, al negarse al pago del seguro tomado, incumplió lo pactado en el contrato.

De estas dos tesis abiertamente opuestas, como arriba se indicó, la Sala se inclina por avalar la consignada en la sentencia de primera instancia, por cuanto, para predicar la nulidad del contrato de seguro de vida no basta con simplemente alegar y probar preexistencias, padecimientos de salud no reportados en el formulario de asegurabilidad. Conforme lo regulado en el artículo 1058 del C. del Co., se requiere acreditar **reticencia**, esto es, probar o acreditar no haber informado, "declarado sinceramente los hechos y circunstancias que determinaban el estado del riesgo", que de haber sido conocidas por el asegurador "lo hubiesen retraído

de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas”.

La objeción a la reclamación, la negativa de las aseguradoras a pagar el valor asegurado por la muerte del deudor, la institución de la retención regulada en el mencionado artículo 1058, ha sido objeto de diferentes pronunciamientos de los jueces en sede ordinaria y también constitucional; por lo que se han proferido diferentes decisiones sobre el tema, unas avalando la posición de la sociedad aseguradora de tener por nulo el contrato con sólo acreditar no haber informado padecimientos de salud, preexistencias, al diligenciar el formulario de asegurabilidad, incluso señalando que el legitimado para hacer efectiva la póliza es única y exclusivamente quien figura como beneficiario en la póliza, esto es, la entidad financiera, quien, paradójicamente, en velado contubernio con la aseguradora, en lugar de hacer la reclamación procede a iniciar el cobro coercitivo de la obligación por no pago de las cuotas pactadas.

Otras en cambio, se han orientado en proteger a la parte débil del negocio, a los familiares o herederos del deudor fallecido, poniendo de presente toda la regulación aplicable a los contratos de adhesión, como lo es el seguro, y por esa vía resaltando que la buena fe, la ubérrima buena fe, también se predica del **asegurador**, para efectos de disponer que se haga efectiva la póliza y se pague el saldo de la obligación, bien sea a la entidad financiera acreedora o a la persona que, ante la presión del proceso ejecutivo, el embargo y secuestro de bienes, se ve compelida a pagar el saldo insoluto de la deuda.

Dentro de ese escenario se establece que las decisiones de los jueces en sede ordinaria o por vía de tutela se han venido inclinando a favor de la parte

débil de la relación, muestra de ello es el pronunciamiento de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia³, del 1° de septiembre del año 2021, que esta Sala acoge, pues comulga con las precisiones que allí se hacen en torno a la buena fe no sólo del tomador del seguro sino también de la aseguradora, quien al momento de asegurar, no obstante su calidad de experto, profesional de esa actividad, no hace ningún reparo o averiguación sobre el verdadero estado del riesgo, no revisa la historia clínica, no practica exámenes médicos para corroborar la información, sino que, como aquí acontece, sólo después de ocurrido el siniestro, ante la reclamación, procede a constatar la información, a revisar la historia clínica, para efectos de justificar objetarla por reticencia y plantear la nulidad del contrato, al observar que el asegurado presentaba con anterioridad padecimientos de salud, preexistencias, no registradas en el formulario de asegurabilidad.

Para la Sala, la nulidad del contrato de seguro de vida que aquí nos convoca, acorde con lo regulado en el artículo 1058 del C. de Co. y lo precisado por la Corte Suprema de Justicia en la referida providencia, no se configura con solo predicar preexistencias no registradas en el formulario de asegurabilidad, dada la clara diferencia entre las dos instituciones; la preexistencia hace relación a los padecimientos de salud que aquejan al asegurado antes de otorgar el aseguramiento; la reticencia en cambio implica ocultar información relevante, dolencias (preexistencias) que de haberse conocido habrían conducido a no contratar o hacerlo en condiciones más gravosas. Se precisa además que, para la nulidad del contrato, la o las preexistencias, deben estar relacionadas con la causa del siniestro (causa de la muerte), no como aquí

³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL, sentencia SC3791 del 1° de septiembre del 2021, M.P. Armando Tolosa Villabona.

acontece, pues la asegurada falleció como consecuencia de una enfermedad totalmente distinta de la taquicardia o de la arritmia cardíaca, preexistencias no reportadas en los formularios de asegurabilidad muy diferentes de la enfermedad que posteriormente sufrió la asegurada y que ocasionó su muerte (cáncer metastásico).

En conclusión, para se declare la nulidad del contrato de seguro de vida grupo deudores que nos convoca, no basta con simplemente acreditar preexistencias, enfermedades, no reportadas en el formulario de asegurabilidad diligenciado, pues se requiere además probar: la relación de las preexistencias no informadas con la causa del fallecimiento; la mala fe del asegurado, y la práctica de exámenes médicos o revisión de la historia clínica para corroborar la información brindada.

En la sentencia arriba referida de la Corte Suprema Justicia, en un caso similar (incluso por pasiva) al que hoy ocupa la atención de la Sala, señaló que no era suficiente con solo acreditar preexistencias no reportadas en el formulario, dado que:

"La pregunta a responder es si la prueba de la reticencia o inexactitud, sin más, era suficiente para decretar la nulidad relativa o implicaba demostrar algo adicional. En concreto, acreditar que el asegurador, de haber conocido la información en forma completa, se habría sustraído de celebrar el contrato o lo hubiera ajustado en términos distintos".

Concluyó entonces la Corte que:

"Con relación a la reticencia, (la Corte) ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando,

construyendo algunos criterios o estándares: **1.** Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así, por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida. **2.** La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. **3.** La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. **4.** El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia (...). **5.** La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela”.

Frente a tales presupuestos dijo que:

“Se trata, entonces, de requisitos que se encadenan. De ahí que también se debe probar cómo el asegurador, en el caso de haber conocido la información ocultada, tergiversada o falseada, se habría «retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas» (artículo 1058, inciso 1° del Código de Comercio).

La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción". (Subraya y resalta esta Sala).

LA INDEMNIZACIÓN O VALORES QUE DEBE PAGAR LA SOCIEDAD DEMANDADA.

Conforme la ha señalado esta Sala⁴ en pronunciamientos anteriores, en aplicación de las disposiciones legales y las orientaciones de la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil:

"La indemnización a favor del acreedor-tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda, tal y como reza el artículo 120 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993) al prever que "en los seguros de vida del deudor el valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito", y por lo tanto, "cualquier monto adicional ya no es deuda y, bajo ese entendido, no hay interés asegurable -ni siquiera indirecto- para el acreedor" (...) Sumado a lo anterior, que corresponde a la demandante la carga de la prueba de la demostración del perjuicio que dice haber sufrido por el no pago oportuno de la póliza, y no acreditado un valor distinto -al valor asegurado- no hay lugar a ningún otro reconocimiento, y menos aún, ante la limitante impuesta en el seguro de vida del deudor - Decreto 663 de 1993²⁶-, que claramente indica, que "el valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito", lo que se acompasa con la naturaleza y finalidad del mismo, donde "la aseguradora asume el pago de la suma requerida para aplicar en lo pertinente al saldo insoluto de la obligación que da lugar a su contratación, al sobrevenir el fallecimiento o incapacidad total y permanente del deudor asegurado".

⁴. TRIBUNAL SUPERIOR DE POPAYÁN SALA CIVIL FAMILIA. Sentencia mayo de 2022. Radicación No. 19001-31-03-004-2019-00140-01. M. P. DORIS YOLANDA RODRIGUEZ CHACÓN.

Bajo ese derrotero se destaca que esta Sala procedió a decretar diferentes pruebas de oficio (auto del 07 de marzo de 2025), a fin de esclarecer el estado de las obligaciones contraídas por ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ (Q.E.P.D), garantizadas por la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 0110043, vigente desde el 19 de mayo de 2011.

En ese orden se requirió al Juzgado Quinto Civil del Circuito de Popayán para que remitiera el expediente del proceso ejecutivo (2018-00041-00), iniciado por el Banco BBVA S.A. en contra de los herederos de la causante ROSA MARIA ZUÑIGA GOMEZ y se ofició al Banco BBVA Colombia S.A. para que certificara el estado actual de las obligaciones 9608372435, 9610231266, 9610301093 contraídas en vida por la señora Rosa María Zúñiga, incluyendo la fecha exacta en que fueron canceladas, el monto pagado para saldar esas obligaciones y por cuenta de quienes (deudor o aseguradora) se recibió el pago de las mismas.

Conforme a lo ordenado, el día 17 de marzo de 2025, el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Popayán, allegó al expediente copia del proceso ejecutivo (2018-00041-00) . En él se verifica el auto del 19 de diciembre de 2018, en el cual el juzgado decretó la terminación del proceso por el pago total de la obligación demandada (no determinó el monto exacto cancelado por la parte ejecutada).

Previos requerimientos adicionales a BBVA (auto del 31 de marzo de 2025), el día 01 de abril de 2025, se allegó información por el Banco BBVA S.A., en la que certifica lo siguiente:

1. Que en el año 2018 se aprueba propuesta de pago total con condonación por un valor de \$78.000.000 al cónyuge JOSE ABRAHAM MUÑOZ, por fallecimiento

de la titular de la obligación ROSA MARIA ZUÑIGA GÓMEZ en el año 2017.

2. El 14 de diciembre de 2018 se realiza el pago del saldo insoluto de la obligación por un valor de \$78.000.000, remitiendo instrucción, para dar por terminado el proceso por pago total de la obligación.

Así las cosas, ante el incumplimiento de lo pactado en la póliza No. 0110043, la sociedad aquí demandada debe pagar al demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO - hasta concurrencia de lo asegurado - el saldo insoluto de las obligaciones No. 9608372435 / 9610231266 / 9610301093, contenidas en los pagarés No. 10301093, 10231266, 5000842722, 5000842274 y 89608372435. Valor que conforme a lo pactado y precisado en el anexo CONDICIONES PARTICULARES, numeral 3 ha de entenderse que corresponde: "al capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor", suma que conforme a los documentos allegados a esta actuación corresponde a \$78.000.000.

Además, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 1080 del C. del Co., (ver también inciso final del anexo de la póliza, CONDICIONES PARTICULARES, numeral 3) sobre la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A pagará al demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO "un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad", a partir del mes siguiente a la reclamación presentada para el pago del seguro, la cual se hizo el 17 de octubre de 2017.

Bajo las precisiones arriba realizadas, se revocará la condena al pago de perjuicios morales, los cuales,

además, en este asunto no aparecen probados (lo que está sujeto al arbitrio judicis no es su prueba sino su tasación).

LA DECISIÓN

Como corolario de todo lo expresado en precedencia, se confirmará la sentencia de primera instancia en todo lo relacionado con el incumplimiento contractual declarado; no obstante, se revocará el numeral quinto y el séptimo por cuanto el demandante no es tomador del seguro y por no ser procedente aquí ordenar el pago de perjuicios morales; además, se modificará los numerales relacionados con el monto que debe pagar la aseguradora al demandante como consecuencia del incumplimiento del seguro otorgado.

En aplicación de lo dispuesto por el artículo 365 del C.G.P., dado el resultado parcialmente favorable del recurso de apelación formulado no se condenará en costas de esta instancia.

Por lo expuesto, **EL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN, SALA CIVIL-FAMILIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: Confirmar los numerales 1, 2, 3, 4, 8 y 9, de la parte resolutive de la sentencia proferida el 30 de junio del año 2021, por el JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE PAPAYÁN, dentro del proceso verbal de incumplimiento contractual promovido por JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, en contra de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA.

SEGUNDO: Modificar el numeral 6, el cual quedará así:

Condenar a la demandada COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, a pagar al demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO, - **hasta concurrencia de lo asegurado** - el saldo insoluto de las obligaciones No. 9608372435 / 9610231266 / 9610301093, contenidas en los pagarés No. 10301093, 10231266, 5000842722, 5000842274 y 89608372435. Valor que conforme a lo pactado y precisado en el anexo CONDICIONES PARTICULARES, numeral 3 ha de entenderse que corresponde: "al capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor", suma que en esta actuación corresponde a \$78.000.000.

En aplicación de lo dispuesto en el artículo 1080 del C. del Co., sobre la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, COMPAÑÍA DE SEGUROS BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A pagará al demandante JOSÉ ABRAHAM MUÑOZ ROSERO "un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad", a partir del mes siguiente a la reclamación presentada para el pago del seguro, la cual se hizo el 17 de octubre de 2017.

TERCERO: Revocar los numerales 5 y 7 de la parte resolutive de la sentencia de primera instancia.

CUARTO: No condenar en costas en esta instancia.

QUINTO: En firme comunicar lo actuado al Juzgado de primera instancia.

Los magistrados,



MANUEL ANTONIO BURBANO GOYES



JAIME LEONARDO CHAPARRO PERALTA

DORIS YOLANDA RODRIGUEZ CHACÓN
(En uso de permiso)