



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL**  
**SALA CIVIL DE DECISION**  
**MAG. SUST. DR. FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES**

**Santiago de Cali, dieciséis (16) de mayo de dos mil veinticuatro (2024)**

**APROBADO POR ACTA No. 057**

**Rad. 76001 – 31 – 03 – 010 – 2022 – 00131 – 01 (10308)**

**REF: PROCESO EJECUTIVO DE LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO  
FRENTE A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

Procede la Sala a decidir el recurso de APELACIÓN interpuesto por la parte demandada contra la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Cali, dentro del proceso EJECUTIVO de la referencia.

**I.- ANTECEDENTES**

**A.-** La señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO** demandó por la vía ejecutiva a la compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, con el fin de obtener el pago de las siguientes sumas de dinero:

**a)** La suma de **CIENTO NOVENTA Y OCHO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS (\$198.990,874)**, para que con ella ejecute la obligación de cancelar el crédito de leasing inmobiliario.

**b)** El valor de las cuotas pagadas al **Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A.** desde la ocurrencia del siniestro, época desde la cual la demandante debió haber sido relevada de la obligación de pagarlas por la extinción del crédito de leasing habitacional que debió producirse por el pago de la póliza. A saber, por las siguientes sumas:

- 27 de octubre de 2021, \$ 1.351.488 pesos colombianos.
- 27 de noviembre de 2021, \$ 1.351.245 pesos colombianos.
- 27 de diciembre de 2021, \$ 1.352.045 pesos colombianos.
- 27 de enero de 2022, \$ 1.352.002 pesos colombianos.
- 27 de febrero de 2022, \$ 1.351.796 pesos colombianos.
- 27 de marzo de 2022, \$ 1.351.460 pesos colombianos.

c) Por el valor de los intereses comerciales moratorios sobre las anteriores sumas de dinero, liquidados mes a mes a la tasa máxima legal vigente según el artículo 884 del Código de Comercio, desde el día 4 de mayo de 2022, día en que la demandada quedó constituida en mora, como lo expresa el artículo 1080 del Código de Comercio.

**B.-** Como sustento de la demanda se narra que el día 20 de noviembre de 2020 , a través de la E.P. 3.703 de la Notaría 18 del Círculo de Cali, el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. adquirió de Marval S.A., el apartamento 1204 Torre I del Edificio Multifamiliar Ankara; en el mismo instrumento público consta el contrato de leasing habitacional celebrado entre dicha entidad y la señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO** sobre el referido inmueble, en virtud del cual el Banco le exigió a la demandante que tomase los seguros de vida y hogar.

Con ocasión de ello, a través de un intermediario propio de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., denominado COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS FINANCIEROS (CSF), perteneciente al grupo empresarial conformado por el banco y la aseguradora, se contrataron las pólizas de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694, y la póliza de Seguro Incendio Deudores No. 01 051 0000267999, certificado No. 0013 0746-08-4000209873; no obstante que la señora Luisa Fernanda en correo electrónico del 16 de junio de 2020, es decir, de manera previa a la celebración del contrato y a la entrada

en vigencia de las pólizas (lo que ocurrió el 27 de noviembre de 2020), compartió con la aseguradora y su intermediario su deficiente estado de salud, y muy a pesar de ello, *"la aseguradora no mostró ni el más mínimo interés en averiguar de qué se trataban los quebrantos de salud que mi clienta padecía y mencionó en el referido correo"*, en el cual expresó que se encontraba incapacitada algún tiempo ya *"...lo que con toda claridad está demostrando su actitud absolutamente desarmada de avaricia o deseos de engaño..."*.

Agrega que, la póliza de seguro vida deudor incluye dentro de sus coberturas la *incapacidad permanente*, definida aquella en el contrato como *"CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%"*; siniestro que sobrevino sobre la señora Bahamón Naranjo durante la vigencia de la póliza, esto es, el 20 de octubre de 2021, fecha en la cual fue calificada con una pérdida de capacidad laboral de 57.04%, excediendo lo exigido por el clausulado, certificación emitida por la entidad "Protección AFP", decisión que está en firme ya que ni el empleador ni la empleada, ni la ARL o la EPS, discutieron el dictamen, motivo por el cual el día 4 de abril de 2022, la demandante presentó la respectiva reclamación, respecto de la cual la aseguradora, sin objetar la reclamación, el día 21 de abril de 2022 señala que la reclamación está en trámite y a la espera de la siguiente documentación: *"Se requiere Informe Amplio y completo del dictamen de Calificación."*

Ante dicha respuesta, el 26 de abril de 2022, se indicó a la aseguradora que el documento aportado con la reclamación es prueba suficiente del siniestro, dada la derogatoria del aparte del numeral 3° del artículo 1053 del Código de Comercio, que señalaba que se probará el siniestro según

las condiciones de la correspondiente póliza.

El día 17 de mayo de 2022, esto es, por fuera del término previsto en el numeral 3° del artículo 1053 ibídem, la aseguradora objetó la reclamación, lo cual trae como consecuencia que existe mérito ejecutivo para iniciar este proceso según el artículo 1053 numeral 3°, del Código de Comercio; y la aseguradora, está constituida en mora desde el 4 de mayo de 2022, según lo dispone el artículo 1080 del Código de Comercio.

La objeción tuvo como fundamento que: *"...De acuerdo con la Historia Medida (sic) de Fundación Valle del Lili del 11 de junio de 2020, hemos evidenciado que la señora Luisa Fernanda Bahamón Naranjo, contaba con antecedentes de: diagnóstico: cavernoma en tallo dx en 2015, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo. Estos antecedentes son hechos relevantes que no fueron declarados, por lo que motivan la objeción al pago del respectivo seguro..."*.

Actualmente, la deuda asegurada asciende al monto de ciento noventa y ocho millones, novecientos noventa mil ochocientos setenta y cuatro pesos, moneda corriente colombiana (\$ 198,990,874 M/Cte.), según consta en certificación emitida por el mismo Banco y, posterior a la concreción del siniestro ocurrida el 20 de octubre de 2021, la señora Bahamón Naranjo ha seguido cancelando las cuotas del crédito generadas entre el 27/10/2021 y el 27/03/2022, las cuales *"...no debiera estar pagando porque la póliza debió hacerse efectiva desde esa fecha..."*.

**C.-** En autos del 14 de junio y 12 de julio de 2022 se libró auto de mandamiento ejecutivo por los conceptos solicitados en la demanda.

## **II.- CONTESTACIÓN DE LA DEMANDADA.**

-La compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** se opone a las

pretensiones de la demanda y formula las siguientes excepciones de mérito:

***INEXISTENCIA DEL TÍTULO EJECUTIVO***, con fundamento en que no se acreditó que las pólizas de seguro allegadas al plenario presten mérito ejecutivo por cuanto, dice, no hay constancia de que la accionante haya acreditado la ocurrencia de un siniestro a la luz de lo consagrado en el artículo 1077 del C. de Co., para lo cual afirma que, para que la póliza preste mérito ejecutivo es necesaria la previa presentación de la reclamación por el asegurado con los comprobantes correspondientes y que la misma no haya sido objetada dentro del mes siguiente a la presentación de la reclamación por el asegurado o beneficiario, siendo entonces necesario que con la reclamación se acredite tanto la ocurrencia del siniestro, como la cuantía de la pérdida sufrida, comprobaciones que corren por cuenta del asegurado o el beneficiario, según corresponda, para dar inicio al cómputo del término señalado, aunado a la necesaria condición de la existencia de la póliza que ampare el riesgo.

En punto de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 25745, indica que el escrito presentado el día 4 de abril de 2022 por la parte demandante, a través del cual solicitó el pago de la obligación crediticia asegurada No. 00130158009621246461, no constituye una reclamación formal *"...ya que no estaba aparejada de los soportes requeridos para demostrar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida..."* toda vez que *"...no se registró información relativa a los diagnósticos y demás contingencias médicas, fechas de valoraciones ni ninguna otra información que permitiera evidenciar las circunstancias que motivaban el porcentaje de calificación..."*, motivo por el cual en comunicación del 21 de abril de 2022, se solicitó a la accionante una ampliación del documento mediante el que se pretendía acreditar su incapacidad, a fin de establecer si en efecto lo consignado en la solicitud de indemnización correspondía o no a la realización de un riesgo

asegurado, y si se acreditaba o no la ocurrencia y la cuantía de la pérdida; información que no fue proporcionada por la demandante.

Adicional a lo anterior, una vez analizada la historia clínica de la señora Bahamón Naranjo, se advirtió que la asegurada tenía antecedentes de *cavernoma en tallo*, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, diagnosticado en el año 2015, lo cual no fue informado a la aseguradora de forma anterior al ingreso de la accionante a la póliza; razón por la que considera se produjo la nulidad relativa por reticencia.

***NO EXISTE OBLIGACIÓN LEGAL NI CONTRACTUAL A CARGO DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., DE PAGAR LAS SUMAS PRETENDIDAS POR LA PARTE ACTORA, CON FUNDAMENTO EN LA PÓLIZA DE SEGURO INCENDIO DEUDORES No. 01 051 0000267999***, por cuanto la solicitud de pago formulada por la accionante se encamina a la afectación de la póliza de seguro de vida, y si bien relacionó y aportó la documentación que acredita la existencia de la póliza de seguro de incendios, las aseveraciones de la demanda indican que lo pretendido por la actora es la activación del amparo de incapacidad total y permanente concertado en el contrato de seguro de vida, aun cuando en el auto de mandamiento de pago el juzgado indicó librar orden ejecutiva también por la “póliza de Seguro Incendio Deudores No. 01 0510000267999”, lo cual no está conforme con la pretensión de la parte actora.

***EL ESCRITO RADICADO EL DÍA 04 DE ABRIL DEL 2022 ANTE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. POR LA SEÑORA LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, NO PUEDE CONSIDERARSE COMO UNA RECLAMACIÓN FORMAL, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y, POR TANTO, EN ESE MOMENTO NO EMPEZÓ A CORRER EL TÉRMINO PARA QUE MI REPRESENTADA REALIZARA PAGO ALGUNO O PROCEDIERA A LA OBJECCIÓN DE LA MISMA, POR LO QUE EN ESE SENTIDO TAMPOCO PODRÍA PREDICARSE LA EXISTENCIA DE UN TÍTULO EJECUTIVO COMPLEJO***, para

lo cual reitera que, el escrito presentado el día 4 de abril de 2022 por la señora Bahamón Naranjo, a través del cual solicitó el pago de la obligación crediticia No. 00130158009621246461 asegurada y que asciende al monto de \$ 198,990,87, con ocasión al dictamen de pérdida de capacidad emitido el 20 de octubre del 2021, en el que se calificó a la actora con un 57.04% de pérdida de capacidad laboral, no constituye una reclamación formal, en los términos estipulados por el Art. 1077 del C. Co., ya que no estaba aparejada de los soportes requeridos para demostrar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida y, por tanto, a partir de la presentación de dicha solicitud no podía iniciar a contabilizarse el término de un mes contemplado en los Art. 1053 y 1080 del Estatuto Mercantil.

En su concepto, si bien es cierto que la demandante presentó una solicitud indemnizatoria, ésta no fue una reclamación formal que le permitiera a la compañía contar con los presupuestos necesarios para analizar si podía o no acceder a dicha indemnización, motivo por el cual el día 21 de abril de 2022 solicitó a la peticionaria que ampliara la información con el fin de validar si procedía realizar el pago indemnizatorio, pero esta información no fue proporcionada por la asegurada.

Adicional a ello reitera que, una vez analizada la historia clínica de la señora Bahamón Naranjo, se advirtió que la asegurada tenía antecedentes de *cavernoma en tallo*, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, diagnosticado en el año 2015, lo cual no fue informado a la aseguradora de forma anterior al ingreso de la accionante a la póliza; razón por la que considera se produjo la nulidad relativa por reticencia y con ello, la imposibilidad de afectarse el contrato de seguro vinculado.

***NO EXISTE OBLIGACIÓN LEGAL NI CONTRACTUAL A CARGO DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., DE PAGAR LAS SUMAS PRETENDIDAS POR LA PARTE ACTORA, POR CUANTO QUE SE CONFIGURÓ LA NULIDAD RELATIVA DE SU VINCULACIÓN A LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA DEMANDANTE,*** con sustento en que la señora Bahamón Naranjo fue reticente al omitir declarar sinceramente el estado del riesgo toda vez que no informó a la 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 a las inclusiones en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar las mismas, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas..."*, para lo cual cita jurisprudencia sobre el particular.

En el caso de la demandante, explica que el día 4 de septiembre de 2020, fecha en la cual la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO solicitó su inclusión en el Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores No. 25745, se le puso de presente un cuestionario, esto es, la declaración de asegurabilidad, que aquella suscribió y que con su firma hizo suyo, indicando que su estado de salud era normal y que no había padecido de enfermedades graves o relevantes, y concretamente, que no había sido diagnosticada con cáncer o tumores. No obstante, pese a la claridad de tal declaración, la asegurada omitió poner en conocimiento que al menos desde el 2015 aquella tenía antecedentes de *cavernoma en tallo*, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, diagnosticado en el año 2015; contingencias de salud que a pesar de que conocía, no las manifestó, punto sobre el cual resalta la gravedad de la omisión si en cuenta se tiene el diagnóstico que obra en la historia clínica.

Considera entonces que la vinculación a la póliza de seguro de vida de la demandante debe declararse nula, debido a que en la declaración de

asegurabilidad que suscribió y que con su firma hizo suya, aquella negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a la inclusión en el contrato de seguro, conllevando dicho comportamiento omisivo a la configuración del fenómeno jurídico de la nulidad relativa por reticencia.

***PARA LA CONFIGURACIÓN DE LA RETICENCIA NO ES NECESARIO ACREDITAR QUE LA ASEGURADORA PRACTICÓ Y/O EXIGIÓ EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL***, con fundamento en que, 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 y, contrario a ello, 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, para lo cual nuevamente cita jurisprudencia sobre el particular.

***INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE REALIZAR VALORACIONES A LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO, PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS DURANTE EL ASEGURAMIENTO PARA EFECTOS DE RECIBIR LA PRIMA, PARA EFECTOS DE QUE SE CONFIGURE LA NULIDAD RELATIVA***, toda vez que, en armonía con lo anterior, tampoco es exigible a las Compañías de Seguros que, para efectos de recibir el pago de la prima, deban realizar valoraciones y/o practicar exámenes médicos a la asegurada mes a mes; previo al aviso de la presunta ocurrencia del siniestro, no existen obligaciones que resulten exigibles a la aseguradora, esto es, la de la realización de

exámenes y valoraciones a la Historia Clínica para efectos de cobrar la prima.

**LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO**, para lo cual afirma que, la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia, pues quien la alegue únicamente deberá demostrar 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.

**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 RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO**, pues de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1059 del C. de Co. y dado que la señora Bahamón Naranjo fue reticente, la compañía tiene el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

**IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE INTERESES MORATORIOS**, por cuanto al no existir obligación objeto de ejecución, debido especialmente a que la demandante nunca presentó una reclamación formal y que el escrito del 4 de abril de 2022 no puede tenerse como tal, no puede sostenerse que se hubieran generado intereses moratorios a su favor.

**EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 25745**, pues la aseguradora no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que su responsabilidad va hasta la concurrencia de la suma asegurada de tal manera que, es indispensable que el

reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente a los saldos insolutos de las obligaciones, de acuerdo con lo concertado en el aseguramiento.

***EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES***, de tal modo que, dice, la posibilidad de que surja obligación de pago a cargo de la aseguradora, depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

- **Traslado de las excepciones de mérito.**

La parte ejecutante señala, en síntesis, que a pesar de que en la póliza de seguro presentada como título ejecutivo dice que la incapacidad se acredita con el certificado en firme de la EPS, en la respuesta que dio la aseguradora a la demandante se quieren imponer requisitos diferentes, en abierta violación al artículo 1053 del C. de Co., derogado parcialmente para evitar que las aseguradoras siguieran exigiendo formalidades dilatorias con el fin de relevarse de pagar las indemnizaciones.

Frente a las alegaciones de la parte demandada expone que, ésta no discute el título a través del recurso de reposición contra el auto de mandamiento ejecutivo, el cual en este proceso *"está en pie"* porque no se discutió a través del mecanismo que la ley autoriza y aunque la jurisprudencia señala que los jueces pueden revisar, de nuevo, los requisitos formales del título al fallar, ello *"...no la avala a dejar sin efectos autos ejecutoriados, reviviendo discusiones ya fenecidas, yendo con ello en contra del principio de oportunidad y preclusión..."*.

Agrega, a continuación, frente a los reclamos respecto de la póliza de

seguro incendio deudores, que respecto de aquella es claro que no se ejerció derecho alguno; tan sólo se mencionó y se allegó con la demanda, para que la juez pudiera evaluar correctamente la relación contractual que se está discutiendo en este proceso, sin que exista duda de que, la única póliza que aquí se está ejecutando es la de vida grupo deudores, respecto de la cual la demandada pretende exigir requisitos distintos a los del artículo 1077 del Código de Comercio y la misma póliza, redactada e impuesta por la aseguradora; es ella misma quien exige como prueba del siniestro exclusivamente *"... una calificación de pérdida de capacidad laboral, en firme, realizada por la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la junta regional o nacional de calificación de invalidez, siempre que la misma arroje una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%"*.

La exigencia es disyuntiva, o se puede probar por la EPS, la ARL o la AFP, de un lado, o por cualquiera de las juntas de calificación. Por lo tanto, en este caso, se cumplió con lo primero, lo cual fue impuesto por la misma demandada; lo único que se exige es que la calificación esté en firme, lo cual sucedió aquí porque nadie discutió la calificación aportada en el proceso y junto con la reclamación, la cual cumplió con todos los requisitos. Y en cuanto al deber de probar la cuantía de los perjuicios, el seguro cubre la eventualidad de no poder seguir pagando el crédito de vivienda, por lo tanto, lo que se debe pagar es el saldo insoluto de éste desde que se dio el siniestro, para lo cual se aportó la certificación que emitió el Banco BBVA sobre dicha circunstancia, aun a pesar de que, *"...este requisito para los seguros de vida está exceptuado, como lo rescata la doctrina que tanto gusta a la demandada citar, por ser frecuentemente favorable en sus opiniones al gremio asegurador..."*.

En el correo del martes 17 de mayo de 2022, anexo a la demanda, la aseguradora afirma que ha objetado la reclamación de la señora Bahamón Naranjo, *"así, sin más"*, con lo cual se demuestra que sí la tuvo

como una verdadera reclamación, sin que en ningún momento se hubiese quejado de la supuesta inexistencia de la reclamación por no cumplirse requisitos innecesarios que no están ni en los mismos clausulados de la demandada, en los que nada distinto se exige a la resolución que declara la invalidez de la asegurada.

En cuanto a la reticencia invocada por la demandada, refiere que la misma sentencia citada por ésta, la T-437 de 2014, señala que es su deber investigar el estado del riesgo en seguros de vida y que debe probar la mala fe del asegurado; sentencia en el que la Corte Constitucional falló en contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.**, indicándole que *"...la aseguradora debe probar su diligencia al averiguar por el estado del riesgo del asegurado, y muy por el contrario, no es cierto que a la aseguradora le baste con probar la reticencia o inexactitud, le es indispensable probar la mala fe del asegurado..."*; situación similar a la analizada en la sentencia T-196/2007, de la cual -dice- se hacen citas inexactas, descontextualizadas o inexistentes, como ocurre con las otras providencias citadas en el escrito de excepciones de mérito; solo la sentencia de tutela del 30 de enero de 2020 se refiere relativamente al punto discutido en este proceso, pero a la parte demandada se le olvidó citar un punto muy importante, en el que la Corte Suprema de Justicia finalmente decide no abordar el asunto de fondo y la discusión sobre el contrato de seguro de vida.

En apoyo de lo anterior, se refiere a las sentencias T-061 de 2020, T-316 de 2015, T-609 de 2016, T-658 de 2017, T-442 de 2018, T-027 y T-094 de 2019, las cuales, dice, establecen en cabeza de la aseguradora el deber de verificar por ellas mismas el estado del riesgo del asegurado; de igual modo, cita sentencias de la Corte Suprema de Justicia, entre ellas, la SC3791-2021, para lo cual resalta que en este caso la demandante por correo electrónico, el día 16 de junio de 2020, *"...le manifestó con desparpajo y con evidente falta de cualquier malicia o pretensión de astucia,*

*que estaba atravesando por problemas de salud importantes, porque había estado aquejada por una incapacidad que ya tenía un tiempo relevante de estarse presentando (ver. hecho 6 de la demanda y su correspondiente soporte documental), mención que no requiere de mayores estudios o títulos para entender que es una información relevante para el estado del riesgo, respecto de la cual la aseguradora debe indagar...”, por lo que no se entiende cómo es que un profesional en el análisis del riesgo no le dijo absolutamente nada, no le llamó la atención en absoluto, el hecho de que un cliente, en un seguro de vida, le manifieste que ha estado atravesando por una incapacidad continuada, para lo cual resalta que, según lo dicho por la Corte Suprema en sentencia SC2803 de 2016, la demandante podía expresar el estado de su riesgo no solamente en el formulario que le suministran, sino en cualquier otra comunicación que proviniese de ella, como lo es el correo aludido, debiéndose entonces reconocer que la señora Bahamón Naranjo “...declaró el estado de su riesgo, verazmente, en el lenguaje que ella conoce por no ser ni médica ni profesional en el riesgo, a través de correo electrónico, documento suficiente para probar ese acto jurídico, porque no existen formalidades pedidas por la ley para realizar tal acto...”.*

En últimas, dice, al momento de celebrar el contrato, la aseguradora sí tiene deberes de verificación del estado del riesgo en el seguro de vida, y al momento de alegar la nulidad del artículo 1058 del Código de Comercio, sí debe probar la mala fe del asegurado, aspecto este respecto del cual la aseguradora no tiene en este asunto la más mínima prueba como lo reconoció en la contestación de la demanda al dar respuesta al hecho 6° del libelo.

Finaliza diciendo que no hay lugar a la retención de la prima por cuanto en este asunto la aseguradora no fue diligente en la averiguación del estado del riesgo y, aun cuando lo hubiese sido, no hay prueba de la

mala fe de la demandante quien, por el contrario, informó de sus dolencias por correo electrónico; además de que es procedente el cobro de intereses moratorios por la ilegítima exigencia de la aseguradora de solicitar documentos que, ella misma, en su clausulado, no exige.

### **III.- FALLO DE PRIMERA INSTANCIA.**

En sentencia anticipada, la Juez *A-quo* declara no probadas las excepciones de mérito propuestas por la demandada y ordena seguir adelante con la ejecución, tal como se dispuso en el mandamiento de pago.

Para arribar a tal conclusión, se ubica en el escenario previsto en los artículos 1053 y 1077 del C. de Co., encontrando que la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842 aportada como base de recaudo reúne los requisitos a que aluden las citadas normas, para lo cual explica que, de acuerdo con el clausulado del contrato, la exigencia de la prueba de la incapacidad total y permanente, es la pérdida de capacidad laboral en firme expedida por la EPS, la ARL o la AFP, o por cualquiera de las juntas de calificación de invalidez; en este caso, dice, se cumplió con lo primero, pues está acreditado que el día 20 de octubre de 2021, esto es, dentro de la vigencia de la póliza, la señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO** fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 57.04%; decisión que está en firme al no haber sido discutida por ninguna de las entidades involucradas; documentación que fue aportada junto con la reclamación el 4 de abril de 2022, la cual fue objetada por la aseguradora el 17 de mayo de 2022, cuando ya había transcurrido más de un (1) mes.

Ahora bien, en cuanto al deber de probar la cuantía del siniestro, en la reclamación se acredita la cuantía de la indemnización toda vez que, se

acreditó el saldo insoluto del crédito de vivienda una vez ocurrido el siniestro, tal como se demostró a través de la certificación bancaria del monto del crédito que resta por pagar, a partir de lo cual concluye que la Póliza de Seguro Vida Deudor aportada contiene los requisitos consagrados en el artículo 422 del Código General del Proceso, pues las obligaciones están determinadas, claramente detalladas, se verifica su exigibilidad en los términos que se analizó y constituye plena prueba contra la deudora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Emprende a continuación el estudio de las excepciones de mérito formuladas por la demandada, punto sobre el cual empieza por precisar que, lo alegado por la parte demandada no fue discutido a través del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que con su silencio en frente del auto que libra mandamiento de pago, avaló y aceptó su existencia y contenido; ahora, en el análisis que debe realizar el juez del título, encuentra que la actora cumplidamente se apegó a la literalidad estricta del clausulado, que impone una forma de probar específica (certificación de una ARL o EPS o AFP), tal como quedó dicho espacios atrás y con ello probó el siniestro, tal y como lo exige el clausulado de la póliza, motivo por el cual considera que, el escrito radicado el día 04 de abril del 2022 ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, contrario al parecer de la aseguradora, sí constituye una reclamación formal en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, por cuanto el contrato no contempla ningún otro requisito adicional como el solicitado en el comunicado del 21 de abril de 2022, al punto que la reclamación fue objetada atribuyendo una supuesta reticencia y no por no cumplirse los requisitos del citado artículo 1077.

Y en cuanto a la nulidad por reticencia, empieza por explicar con

fundamento en la sentencia T-437 de 2014 que, la carga de la prueba en materia de preexistencias, se encuentra a cargo de la aseguradora y no del tomador de la póliza de tal manera que, la Corte Constitucional en la citada sentencia establece que la aseguradora sí tiene deberes de verificación del estado del riesgo en el seguro de vida, y al momento de alegar la nulidad del artículo 1058 del Código de Comercio debe probar la mala fe del asegurado.

Ahora, frente a la manifestación de la demandante en la declaración de asegurabilidad del 4 de septiembre de 2020, en la cual alega la aseguradora que la demandante debió poner en conocimiento que al menos desde el año 2015 tenía antecedentes de *cavernoma en tallo*, con apoyo, dice, de la jurisprudencia de la Corte Constitucional y de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia *"...es un deber de la aseguradora verificar el estado del riesgo del asegurado en el seguro de vida e incapacidad al momento de tomar el seguro, por ejemplo, pedir una historia clínica reciente al momento de contratar y, además, probar la mala fe en los casos de preexistencias, y que si no lo hizo debe pagar la correspondiente indemnización que se le reclama..."*, para lo cual cita apartes de las sentencias T-316 de 2015, T-658 de 2017 y SC3791 de 2021.

En el presente caso, señala, se evidencia que la señora LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO, por correo electrónico del día 16 de junio de 2020, es decir, de manera previa a la celebración del contrato y a la entrada en vigencia de la póliza que aquí se ejecuta, en una actitud de lealtad, lo que desvirtúa la mala fe, le manifestó que estaba atravesando por problemas de salud importantes, porque había estado aquejada por una incapacidad que ya tenía un tiempo relevante de estarse presentando, información que resultaba a todas luces relevante para el estado del riesgo, respecto de la cual la aseguradora debió indagar y sin embargo no lo hizo; la aseguradora no mostró ni el más mínimo interés en

averiguar de qué se trataban los quebrantos de salud que su clienta padecía y mencionó en el referido correo.

Así entonces concluye que, la señora LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO expuso el estado de su riesgo, a través de correo electrónico y, en ese sentido, era deber del asegurador, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., verificar los datos suministrados por la señora Bahamón Naranjo, lo que le daba la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas.

Al no configurarse entonces la nulidad relativa del contrato por reticencia, no procede la retención de la prima solicitada por la demandada, siendo procedente el cobro de intereses moratorios a partir del 4 de mayo de 2022, esto es, a partir del mes siguiente a la fecha de presentación de la reclamación, y hasta el pago total de la obligación.

#### **IV.- REPAROS CONCRETOS.**

Dentro del término de ley, la parte demandada interpone recurso de apelación con fundamento en los siguientes argumentos:

\*La juez *A-quo* no analizó los requisitos formales del documento base de recaudo, aun cuando es deber del juzgador analizar todas aquellas circunstancias que conlleven a afectar la validez del título ejecutivo y que la formulación de las excepciones de mérito orientadas a demostrar la inexistencia de la obligación, se constituye como uno de los mecanismos más idóneos para el ejercicio de la defensa de la demandada en un proceso ejecutivo, de ahí que no es cierta la afirmación de la falladora de primera instancia según la cual, por no haberse atacado el mandamiento de pago a través de recurso de reposición, entonces se aceptó y avaló la existencia de título, para lo cual reitera que el fin de las

excepciones de mérito es *"...demostrar al despacho que el título base de ejecución y recaudo no puede ser tomado como tal, pues el escrito del 4 de abril de 2022 no cumple con los requisitos del Art. 1077 del Código de Comercio, es decir, nunca se trató de una reclamación formal, por lo tanto, nunca existió obligación indemnizatoria..."*; pero el despacho no esclarece cómo el documento presentado por la activa efectivamente constituye un título ejecutivo de cara al CGP.

\*Reitera que, la póliza base de recaudo no presta mérito ejecutivo por cuanto el escrito presentado el día 04 de abril del 2022 por la parte demandante, a través del cual solicitó el pago de la obligación crediticia No. 00130158009621246461 asegurada y que asciende al monto de \$198.990.874, con ocasión al dictamen de pérdida de capacidad emitido el 20 de octubre del 2021, en el que se calificó a la actora con un 57.04% de pérdida de capacidad laboral, no constituye una reclamación formal, en los términos estipulados por el artículo 1077 del Código de Comercio, ya que no estaba aparejada de los soportes requeridos para demostrar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida, lo cual *"se demuestra con gran facilidad"* pues mediante comunicación del 21 de abril de 2022, se solicitó a la demandante una ampliación del documento mediante el cual pretendía acreditar su incapacidad *"...a fin de establecer si en efecto lo consignado en la solicitud de indemnización correspondía o no a la realización de un riesgo asegurado, y si se acreditaba o no la ocurrencia y la cuantía de la pérdida..."*; para lo cual afirma que, la solicitud inicial carecía de elementos demostrativos, de ahí que aquella no fue una solicitud formal en los términos previstos en el artículo 1077 del Código de Comercio, por lo que en este asunto no existe el título ejecutivo complejo.

\*Se otorgó el estatus de reclamación formal al escrito del 4 de abril de 2022 cuando no lo es, a lo cual se suma que, al estudiar la petición y la historia clínica de la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, se

advirtió que la asegurada tenía antecedentes de *"cavernoma en tallo, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo"*, diagnosticado en el año 2015, que no fueron informados de forma anterior al ingreso de la accionante a la póliza, por lo que se produjo la nulidad relativa por reticencia.

\*La juez *A-quo* valoró indebidamente la nulidad relativa del contrato de seguro y el precedente jurisprudencial en la materia, para lo cual reitera que, la señora Bahamón Naranjo omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues para el día 4 de septiembre de 2020, se le puso de presente un cuestionario (declaración de asegurabilidad) que aquella suscribió y que con su firma hizo suyo, indicando que su estado de salud era normal y que no había padecido de enfermedades graves o relevantes; pese a la claridad de las preguntas, la asegurada las respondió negativamente todas aun cuando tenía pleno conocimiento de que ello constituía una falta a la verdad, pues manifestó que no sufría de cáncer o tumores de cualquier clase; sin embargo, la historia clínica reflejó que desde el año 2015 *"tenía antecedentes de cavernoma en tallo, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo"*; padecimientos de salud, presentados 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 a las inclusiones en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar las mismas, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas..."*.

Sobre el deber de practicar exámenes médicos, discrepa de la conclusión a la que llegó la juez *A-quo*, según la cual *"...la carga de la prueba en materia de preexistencias, se encuentra a cargo de la aseguradora y no del tomador de la póliza..."*, con sustento en que para *"...la H. Corte Constitucional, la H. 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 estas 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...”.*

Como tampoco es exigible que, para efectos de recibir la prima, se *“...deban realizar valoraciones y/o practicar exámenes médicos a la asegurada mes a mes; esta es una exigencia que resulta a todas luces inconsecuente, como quiera que, se itera, quien corre con la carga de avisar o informar sobre cualquier contingencia que pueda presentarse sobre el estado del riesgo inicialmente informado, es, indiscutiblemente, el tomador del seguro, la persona asegurada, o, el beneficiario...”.*

Ahora bien, sobre el correo electrónico enviado por la demandante, en el cual señaló que llevaba incapacitada algún tiempo ya, considera que este *“...no comportó una actitud leal de la asegurada, pues el mismo se envió de forma previa a la celebración del contrato y de forma previa a la solicitud de inclusión en el referido contrato de vida, es decir, dicho correo electrónico fue posteriormente desmentido por la misma asegurada al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad...”;* en dicho correo se expresan unas situaciones de salud de la demandante que posteriormente fueron negadas por la misma demandante, quien en el escrito diligenciado y firmado por ella, indicó que NO tenía preexistencias, *“...la situación hubiera sido muy diferente si la asegurada hubiera manifestado esas situaciones con la celebración del contrato o durante la ejecución del mismo, pero así no lo hizo...”.*

En su concepto, no se podía imponer a la aseguradora la obligación de verificar el estado de salud de la demandante, pues *“...en la declaración de asegurabilidad que ella misma hizo, indicó que no tenía preexistencias, además, nótese que en el correo se habla de incapacidades, es decir, de situaciones temporales que comportarán una futura recuperación, no se indicó nada sobre el cáncer que había sido diagnosticado en la demandante...”*.

Sobre la acreditación de la mala fe, argumenta que en ningún momento 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, punto sobre el cual cita sentencia del 27 de marzo de 2023 emitida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá.

Así entonces, dice, *“...sí es posible establecer la existencia de un comportamiento culposo por parte de la asegurada al omitir informar enfermedades de las que claramente era conocedora. Ergo, es posible equiparar tal actuación como una mala fe que, en tanto que omitió sin justificación razonable alguna informar cabalmente de sus padecimientos anteriores a la solicitud del seguir, en ese orden de ideas, si bien la acreditación de la mala fe no es un requisito para declarar la nulidad relativa del contrato, se encuentra probada...”* y, como consecuencia de todo lo anterior, reafirma su derecho a la facultad de retener la prima.

Por último, refiere que el juzgado de origen incurrió en *anatocismo* toda vez que, ordenó el pago de intereses moratorios a partir del 4 de mayo de 2022, a pesar de que el documento del 4 de abril de 2022 no constituye una reclamación formal, motivo por el cual *“...en el remoto y eventual caso en que la segunda instancia considere que el escrito del 4 de abril de 2022 fue una reclamación, los intereses de mora únicamente comienzan a correr a partir del 5 de mayo de 2022...”*.

Como también se desconoció el límite asegurado en la póliza si en cuenta se tiene que, el contrato de seguro indicó el límite de valor asegurado en la suma de \$ 204.705.498,71, las sumas ordenadas en el auto No 267 que libró mandamiento de pago y el auto No. 326 que lo adicionó, supera el valor asegurado de la póliza No. 02105000098842, principalmente si se tiene en cuenta que se está obligando al pago de intereses moratorios que claramente provocarán un monto total que superará el límite asegurado.

## **V.- SUSTENTACIÓN.**

En el término dispuesto en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, la parte demandada sustenta su recurso con argumentos similares a los expuestos al momento de formular los reparos concretos contra la sentencia de primera instancia.

- **Réplica.**

Frente a los argumentos de la apelación, la parte actora empieza por decir que no existe prueba del dolo o culpa de la demandante, ni de la relación de causalidad entre la supuesta reticencia y el siniestro presentado, para lo cual señala que, ni siquiera reposa prueba en este proceso de que existieran condiciones de salud adversas en la asegurada antes de celebrar el contrato si en cuenta se tiene que, la juez *A-quo* declaró nula la prueba atinente a la historia clínica de la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO aportada a este proceso y contra esa decisión la parte demandada no interpuso recurso alguno.

Agrega que, la señora Juez sí reevaluó, revisó, repensó o reconsideró el título, y minuciosamente analizó sus requisitos como tal desde la página 5 en adelante de la sentencia, para concluir que los documentos

presentados por la demanda SÍ cumplen con los requisitos mínimos para ser considerados un título ejecutivo, no solo a la luz de los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio, sino también de conformidad con lo dispuesto en el artículo 422 del CGP, punto sobre el cual reitera que la aseguradora pretende imponer en este asunto requisitos formales a la reclamación, que no los posee ni la ley ni el mismo clausulado que ella impuso unilateralmente a la asegurada para probar la ocurrencia del siniestro, como lo es la pérdida de capacidad laboral dictaminada a la señora Bahamón Naranjo.

Y en cuanto al deber de probar la cuantía del perjuicio, insiste en que, en primer lugar, aquel está dado por el saldo insoluto del crédito que se dio desde el siniestro, lo cual se acreditó con la respectiva certificación emitida por la entidad bancaria; y, en segundo lugar, que este requisito para los seguros de vida está exceptuado; de ahí que considere que en el presente asunto la reclamación sí reunió los requisitos de ley, al punto que la compañía de seguros al objetar la reclamación, bien que sí la tuvo como una verdadera reclamación, de cuya inexistencia nunca se quejó.

En cuanto a la nulidad relativa del contrato por reticencia, reitera que no existe prueba de la existencia de condición de salud adversas a la demandante, previas a la celebración del contrato toda vez que, la prueba que la demandada intentó aportar para acreditar lo anterior, esto es, la historia clínica de la señora Luisa Fernanda, fue declarada ilícita por la juez *A-quo* y este aspecto no fue discutido por la ejecutada.

De igual modo, a partir de un extenso análisis jurisprudencial, insiste en que la doctrina probable tanto de la Corte Constitucional como de la Corte Suprema de Justicia, radica en cabeza de la aseguradora investigar el estado del riesgo del asegurado, a través de investigar su historia clínica, punto sobre el cual resalta cómo la señora Bahamón Naranjo ".../e

*manifestó de manera directa a la demandada y a sus representantes que poseía problemas de salud, a través de correo electrónico, documento que no fue ni tan siquiera puesto en duda por la demandada a través de la correspondiente tacha, por lo que a estas alturas es plena prueba en este proceso...”, y, continúa diciendo, aunque no lo hizo “...a través de la formalidad del formato de asegurabilidad”, sí lo hizo mediante correo electrónico “...Y gracias al principio de la libertad de formas, mi clienta no estaba obligada a cumplir con alguna formalidad específica al momento de informar sobre el estado de su riesgo en salud...”; por el contrario, luce inexplicable que a un profesional en el riesgo, esa expresión no le hubiese causado curiosidad y hubiese continuado con la contratación del seguro.*

Así, a partir de las sentencias T-437/14, T-316 de 2015, T-609 de 2016, T-658 de 2017, T-442 de 2018, T-027 y 094 de 2019 y T-061 de 2020 de la Corte Constitucional y la sentencia SC3791-2021 de la Corte Suprema de Justicia, entre otras, señala los requisitos que, en su concepto, deben cumplirse para que proceda la respectiva nulidad, como lo son **i).**- probar la mala fe del asegurado; **ii).**- que la aseguradora despliegue todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, a través de la solicitud de una copia de la historia clínica; y, **iii).**- que se pruebe el nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado, concretamente; requisitos que no se cumplen por lo ya dicho en el caso en particular.

Por último, refiere que en ningún momento se está ordenando el pago de intereses sobre intereses, además de que “...*nada tienen que ver en la reparación de perjuicios las estipulaciones contractuales que, en este caso, imponen un límite indemnizatorio, porque la reparación de perjuicios nada tiene que ver con la ejecución del contrato. Los únicos límites a esa indemnización los establece el artículo 1616 del Código Civil, y esa norma obliga*

*al reembolso de todo lo que mi clienta ha pagado al Banco gracias a que la aseguradora no se allanó a cumplir con sus obligaciones, indemnización que no tiene límite según la norma citada, porque todos esos daños son absolutamente previsibles y obvios...”.*

## **VI. CONSIDERACIONES DE LA SALA.**

### **A.- PRESUPUESTOS PROCESALES Y LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA.**

Ninguna controversia hay en cuanto a la presencia de los presupuestos procesales, toda vez que la jurisdicción y la competencia concurren a cabalidad, a la par que a las partes le asisten capacidad para ser parte y para comparecer al litigio. De igual forma la demanda principal, como las actuaciones de ella derivadas, reúnen los requisitos formales, y no existe causal de nulidad que invalide lo actuado.

Antes de adentrarnos en el estudio de las inconformidades planteadas por la parte apelante, es bueno anotar que dentro del trámite propio de esta clase de procesos lo primero que se hace una vez se presenta la demanda, es la emisión de la orden de pago, sin que se tenga que oír previamente al ejecutado, pero eso sí, haciendo un riguroso análisis de los presupuestos procesales de competencia y capacidad de las partes, si las partes están legitimadas en la causa y si los mismos tienen interés jurídico para actuar; en este caso, como ya se dijo, se cumplen los presupuestos procesales y las partes están legitimadas en la causa, tanto por activa como por pasiva: la demandante, en su calidad de asegurada al interior de la póliza de seguro que ha sido arrimada como título ejecutivo y la demandada, por ser la compañía de seguros que expidió la citada póliza.

### **B.- PROBLEMAS JURÍDICOS.**

En atención a lo decidido por el juez *A-quo* y a los reparos debidamente sustentados del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, corresponde a este Despacho dar respuesta a los siguientes problemas jurídicos:

**i).-** ¿Cuáles son los presupuestos que debe reunir la póliza de seguros para que preste mérito ejecutivo? ¿Es cierto que, como se dice en el recurso de apelación, los requisitos formales del título no fueron analizados en la sentencia de primera instancia?

¿Se cumplen estos requisitos en el caso objeto de estudio?

**ii).-** ¿Existe prueba en el plenario de los padecimientos que, dice la aseguradora, padecía la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO desde el año 2015?

En gracia de discusión ¿se demostró la trascendencia o relevancia de la reticencia o inexactitud invocada por la parte demandada?

¿De acudir a los pronunciamientos de las Altas Cortes que exigen la acreditación por parte de la aseguradora del nexo de causalidad entre la inexactitud y el siniestro, existe prueba de esto en el plenario?

**iii).-** ¿Es cierto que la juez *A-quo* incurrió en *anatocismo* y que la orden ejecutiva excede el límite del valor asegurado en la póliza?

## **C.- RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS.**

### **c.1.- Del mérito ejecutivo de la póliza de seguros.**

El artículo 1053 del Código de Comercio otorga mérito ejecutivo a la póliza de seguro en situaciones especiales, dice la norma en la parte que nos

interesa:

*"La póliza de seguro prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos:*

(...)

**3.** *Transcurrido un mes contado a partir del día en la cual el asegurado o beneficiario o quien los represente, entregue la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda."*

Es de anotar que el literal c) del artículo 626 del Código General del Proceso derogó las expresiones "*según las condiciones de la correspondiente póliza*" y "*de manera seria y fundada*".

Así pues, el numeral 3º del artículo 1053 consagra un título ejecutivo especial e independiente de los títulos ejecutivos definidos de forma general por el artículo 422 del C.G.P. cuya comprensión se integra con el artículo 1077 del estatuto comercial, de ahí que aludiendo al artículo 488 del C.P.C esencialmente igual al actual, ha dicho la doctrina que "[...] esta especie de título ejecutivo se entiende complejo porque aunque el artículo 1053 establece que la póliza presta mérito ejecutivo "por sí sola", para proferir mandamiento de pago, no basta con ella sino que adicionalmente se deba acreditar: a) Que se ha presentado reclamación con las pruebas necesarias para acreditar la ocurrencia del siniestro, b) Que se haya demostrado la cuantía y el concepto de la pérdida, c) Que la reclamación provenga del asegurado, beneficiario o damnificado (art. 1133 del C. Cio), d) Que se dirija a la entidad aseguradora, e) Que la reclamación no sea objetada en el término perentorio de un mes...<sup>1</sup>.

En ese orden, el numeral 3º de la norma supone que la reclamación del

---

<sup>1</sup> OSSA GÓMEZ, Efrén, *Teoría General del Seguro, El Contrato*, Ed. Temis, Bogotá, 1984, pág.274.

asegurado, beneficiario o damnificado reclamante del seguro debe cumplir en estrictez con los requisitos del artículo 1077 del C. de Co., esto es, con la solicitud demostrando la existencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, pues sin la acreditación de tales requisitos, no existe una reclamación capaz de mutar a título ejecutivo.

Así mismo según el precepto, la aseguradora cuenta con un mes para objetar la reclamación lo cual se acompasa con el artículo 1080 del mismo Estatuto Mercantil que establece que el asegurador está obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que se lo acredite, si el asegurador no objeta la reclamación, la póliza de seguro y la reclamación junto con los documentos que la soportan, prestan mérito ejecutivo.

La posibilidad del asegurado (beneficiario o damnificado) de acudir a la vía ejecutiva por falta de objeción del asegurador ha sido interpretada como una sanción, la falta de objeción hace presumir que el asegurado con la reclamación (presentada en debida forma) demostró tanto el siniestro como la cuantía del daño, presunción legal que invierte la carga de la prueba (onus probandi) para radicarla en cabeza del asegurador quien puede probar en contra de lo presumido; la jurisprudencia ha explicado que *"...la falta de objeción permite la ejecución de la obligación, por aparecer el derecho del beneficiario en principio como indiscutido, lo cual, sin embargo, no lo coloca en la categoría de indiscutible. Ningún derecho puesto a consideración de los Jueces puede estimarse incontrovertible por la vía de las excepciones, salvo limitación expresa y clara de la ley..."*. Se ha dicho también que la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, de modo que ésta puede oponer *"todas las excepciones que tuviere"*. (Sentencia del 27 de julio de 2006. M. P. César Julio Valencia Copete).

**c.2.- Del contrato de seguro de vida, de la nulidad relativa por reticencia y de la buena fe predicable de las partes contratantes.**

De conformidad con lo previsto en el artículo 1058 del C. de Co., la reticencia o inexactitud en que incurra el tomador del seguro acerca del estado del riesgo genera nulidad relativa del contrato, siempre que los datos omitidos o imprecisos sean relevantes para la calificación del estado del riesgo.

Sobre el particular, ha explicado la Corte Suprema de Justicia que "***...Esa inadvertencia, para afectar la validez de la convención, debe ser trascendente, toda vez que si la declaración incompleta se concentra en aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia se puede derivar en el sentido sancionatorio mencionado, todo lo cual se funda en la lealtad y buena fe que sustenta los actos de este linaje.***

*De ese modo, son relevantes, al decir de la norma en cita, las inexactitudes y reticencias cuando «conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...)), vale decir, la relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo tiene qué ver directamente con datos esenciales para la cabal expresión de la voluntad...»(Resalta la Sala).<sup>2</sup>*

Como ya tuvo oportunidad de exponerlo esta Sala de Decisión<sup>3</sup>, "*...No admite discusión que es el tomador o el asegurado quien, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable; no obstante, paralelo a ese deber, ha dicho también la jurisprudencia, que en la aseguradora "...recae también una carga de investigar adecuadamente las circunstancias*

---

<sup>2</sup> CSJ. SC5327-2018 de 13 de diciembre.

<sup>3</sup> Sentencia del 1º de diciembre de 2020. Proceso Verbal de María Rentería Venté frente a Seguros de Vida Suramericana S. A. Rad. 76001 31 03 017 2019-00025-01 (9502).

*que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esa obligación, pudiendo efectivamente hacerlo (art. 1058, inciso final, del C. de Co.), como lo sostuvo esta Sala en fallo CSJ SC 02 ago. 2001, Exp. 6146...”, de ahí que “...en el marco de un deber concurrente y correlativo le corresponde inicialmente efectuar una indagación pertinente, en orden a procurar una sincera declaración sobre el estado del riesgo...”<sup>4</sup>.*

Es así, como en diversos pronunciamientos, ha explicado la jurisprudencia que<sup>5</sup>:

*“...Esa obligación [la de obrar con buena fe] se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual*

*[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente...”*

De acuerdo con lo anterior, la reticencia capaz de aparejar la nulidad relativa del contrato de seguro se configura cuando el asegurado oculta hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas de ahí que, aquellos deben ser relevantes o trascendentes en

---

<sup>4</sup> Ibídem.

<sup>5</sup> Entre otras, sentencia SC2803-2016 4 marzo.

cuanto a la potencialidad de viciar el consentimiento de la compañía de seguros.

De igual modo y como quiera que la norma en cita dispone que las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente, es que la jurisprudencia ha señalado que, correlativo al deber del asegurado de declarar sinceramente el estado del riesgo, se encuentra en cabeza de la aseguradora el deber de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo.

### **c.3.- Conclusiones a partir de la prueba.**

**c.3.1.-** En el presente caso, en el que se pretende ejecutar una póliza de seguro nos encontramos frente a un título ejecutivo complejo, pues no solamente está conformado por la póliza expedida por BBVA SEGURO S.A. sino también por los documentos soporte. (Arts. 1053 y 1077 del Código de Comercio).

Revisado el expediente se advierte que el día 4 de abril de 2022, la demandante por intermedio de apoderado judicial, radicó *"reclamación formal según el artículo 1077 del C. de Co."*, para el pago del amparo contenido en la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, para lo cual invocó la cobertura "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE" toda vez que, la señora LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO, durante la vigencia de la póliza, el día 20 de octubre de 2021, fue calificada con una pérdida de capacidad laboral de 57.04%, excediendo lo exigido por el clausulado, según certificación emitida por la entidad "AFP Protección" *"...decisión que está en firme ya que ni el empleador ni la empleada, ni la ARL*

*o la EPS, discutieron el dictamen...”, la cual adjuntó a su solicitud.*

De igual modo, aportó certificación emitida por la entidad bancaria en la cual se indica que la deuda asegurada asciende al monto de ciento noventa y ocho millones, novecientos noventa mil ochocientos setenta y cuatro pesos, moneda corriente colombiana (\$198,990,874 M/Cte.).

Con fundamento en lo anterior, solicitó se hiciera efectiva la póliza, se procediera a pagar la deuda a favor del beneficiario y se realizara la devolución de las cuotas pagadas por la asegurada entre el 27 de octubre de 2021, fecha de ocurrencia del siniestro, y el 27 de marzo de 2022, última cuota exigible a la fecha de radicación de la reclamación.

A lo anterior, el día 21 de abril de 2022, la aseguradora informó a la peticionaria que *“...su trámite se encuentra a la espera de la siguiente documentación, para su análisis: (...) Se requiere Informe Amplio y completo del dictamen de Calificación”*; frente a lo cual se manifestó por parte del profesional del derecho que, *“el documento remitido es prueba suficiente del siniestro, por lo que los conmino a cumplir con la ley y con el contrato sin dilaciones”*.

Finalmente, el día 17 de mayo de 2022, esto es, vencido el término de un (1) mes que contempla el artículo 1053 del C. de Co., la aseguradora *“En atención a su solicitud relacionada con la reclamación de su seguro”*, le indicó a la señora Bahamón Naranjo que esta *“ha sido objetada”*, con fundamento en que, *“De acuerdo con Historia Medida (sic) de Fundación Valle del Lili del 11 de junio de 2020, hemos evidenciado que la señora Luisa Fernanda Bahamón Naranjo, contaba con antecedentes de contaba con antecedentes de (sic): diagnóstico: - cavernoma en tallo dx en 2015, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo”*. *Estos antecedentes son hechos relevantes que no fueron declarados, por lo que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.*

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

Ahora bien, encuentra la Sala, en primer lugar, que la juez *A-quo* sí analizó el cumplimiento de los requisitos del título ejecutivo traído a este proceso y, en segundo lugar, que esta instancia comparte el análisis que en este punto se realizó en la sentencia de primera instancia.

En efecto, contrario a lo señalado por el apelante, se observa que en la sentencia se abordó el análisis de los requisitos previstos en los artículos 1053 y 1077 del C. de Co., en armonía con lo dispuesto en el artículo 422 del CGP.

Así, encontró que la petición radicada el día 4 de abril de 2022 constituyó una verdadera reclamación toda vez que en ella se acreditó la ocurrencia del siniestro y la cuantía de este; esto, con la comunicación emitida por la AFP Protección, en la cual informó a la señora Bahamón Naranjo sobre la calificación de su pérdida de capacidad laboral en un 57.04% con origen “Enfermedad común”, como también con el certificado del saldo de la obligación expedido por la entidad bancaria.

Ahora bien, revisado el contrato de seguro se encuentra que en él se dispuso: *"SOLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR*

*LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INCALIDAD, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%”* de manera que, si fue esto lo que acordaron las partes, no se entiende entonces la exigencia de la aseguradora de un *“...Informe Amplio y completo del dictamen de Calificación...”* si en cuenta se tiene que, el comunicado del Fondo de Pensiones es suficiente para dar por acreditada la pérdida de capacidad laboral superior al 50% y, con ello, la ocurrencia del siniestro referido al amparo de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”, como también es suficiente la certificación de la entidad bancaria del saldo de la obligación a la fecha del siniestro para acreditar, al margen de cualquier otra consideración, la cuantía de este.

Obsérvese cómo en este aspecto se alega en la contestación de la demanda que en el documento con el cual se pretende acreditar la pérdida de capacidad laboral *“...no se registró información relativa a los diagnósticos y demás contingencias médicas, fechas de valoraciones ni ninguna otra información que permitiera evidenciar las circunstancias que motivaban el porcentaje de calificación...”*; lo cual no se refiere en sí a la prueba de la ocurrencia del siniestro (calificación de la pérdida de capacidad laboral superior al 50% de lo que da cuenta la comunicación de la AFP Protección), sino a las causas del mismo, lo que más bien se encaminaba a estructurar la objeción que en forma extemporánea finalmente se realizó por la supuesta reticencia de la asegurada y no por falta de los requisitos de que trata el artículo 1077 del C. de Co.

Tratándose entonces de una reclamación formal con los requisitos que prevé el artículo 1077 del C. de Co. y emitida la objeción por fuera del término de un (1) mes que contempla el artículo 1053 del C. de Co., es claro que en el presente caso, estamos ante la presencia de un título ejecutivo que por efecto de lo anterior, reúne los presupuestos del

artículo 422 del CGP para ser demandado por la vía ejecutiva, como así lo consideró la juez *A-quo* en su sentencia.

En estos términos damos respuesta a los interrogantes de nuestro primer problema jurídico.

**c.3.2.-** Precisado lo anterior, conviene pronunciarse sobre la nulidad relativa por reticencia, invocada por vía de excepción por la compañía de seguros aquí ejecutada.

Como ya se advirtió, BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. funda la supuesta reticencia de la asegurada en que ésta omitió informar que desde el año 2015, antes de la celebración del contrato de seguro, le había sido diagnosticado un "*cavernoma de tallo tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo*".

Pero, ¿existe verdaderamente prueba de ello en el plenario? Lo cierto es que no. Veamos:

Con el fin de acreditar lo anterior, la parte demandada allegó con el escrito de excepciones de mérito la historia clínica de la señora Bahamón Naranjo; medio de prueba que en auto del 2 de noviembre de 2022 se consideró ilícito al haber sido aportado sin el consentimiento de la asegurada, motivo por el cual la juez *A-quo* decidió no tenerlo en cuenta como prueba documental; proveído éste contra el que la parte demandada no interpuso recurso alguno y, por tanto, es ley del proceso

Quizás advirtiendo esta situación, se observa que adicional a ello, en el acápite de pruebas la entidad demandada también aportó copia del derecho de petición enviado a la demandante y a la Fundación Valle del Lili solicitando copia integral de la historia clínica de la demandante y

solicitó, además, se decretara el interrogatorio de parte a la señora Bahamón Naranjo; se ordenara a aquella y a la Fundación Valle del Lili la exhibición de la historia clínica correspondiente a los años 2000-2022 en los términos del artículo 265 y s.s. del CGP, reconociendo en esta petición el carácter privado y reservado de la historia clínica en los términos de la Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud; y, también que se oficiara a la demandante y a la institución médica para que se sirvieran remitir la aludida historia clínica; medios de prueba que tenían como propósito *"...evidenciar las patologías y padecimientos que la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, sufrió en años anteriores, y al momento de suscribir sus declaraciones de asegurabilidad; y así demostrar la reticencia con la que el asegurado declaró su estado de asegurabilidad..."*.

No obstante, en proveído del 22 de septiembre de 2022 la juez *A-quo* indicó que *"...en el presente proceso no hay pruebas por practicar, pues se considera que es suficiente con el material probatorio documental existente en el plenario para decidir a través de sentencia anticipada..."*; motivo el cual señaló que *"...En ese sentido, **rechazará de plano las demás pruebas solicitadas por las partes al igual que interrogatorios de parte y testimoniales, por considerarlas manifiestamente superfluas e inútiles de conformidad a lo dispuesto en el artículo 168 del CGP, salvo las documentales que obran en el expediente, por lo cual, no estima pertinente convocar a las partes para audiencia previstas en los artículos 372 y 373 del C. G. P..."*** (Resalta la Sala); decisión ésta contra la cual tampoco la parte demandada interpuso recurso alguno.

Nótese entonces cómo la demandada acudió a diversos medios de prueba con el fin de que llegara al proceso la historia clínica de la demandante, pero una vez éstos le fueron rechazados de plano por la juez *A-quo*, ningún reparo formuló sobre el particular.

Es clara entonces para la Sala la actitud pasiva que asumió la compañía de seguros con ocasión de las decisiones que, en materia de pruebas, profirió el juzgado en el trámite de la primera instancia, pues nótese cómo en un primer momento dispuso solo tener en cuenta la prueba documental, rechazando de plano las demás pruebas por considerarlas "*superfluas e inútiles*", para luego excluir del material probatorio la historia clínica allegada con el escrito de excepciones por considerarla una prueba ilícita, sin que la demandada interpusiera los recursos que contra esas decisiones procedía, incluso el de apelación que hubiese permitido a esta instancia analizar esta situación en particular. Es más, ni siquiera es motivo de reparo en la alzada que en esta ocasión nos ocupa, que se hubiese mantenido la decisión de dictar sentencia anticipada aun después de haberse excluido del proceso parte de la prueba documental arrimada por la parte demandada.

Omisiones éstas que, no pueden traer otra consecuencia que la de quedar huérfana de toda prueba la afirmación de la demandada según la cual a la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO en el año 2015 le fue diagnosticado "*cavernoma de tallo tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo*" y, con ello es claro que queda sin sustento la reticencia invocada por la aseguradora tanto para objetar la reclamación formal presentada por la asegurada, como para solicitar en este proceso la nulidad relativa del convenio.

Y es que no puede perderse de vista que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 168 del *CGP* "*...Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen...*", de tal modo que, como lo explica la doctrina "*...la carga de la prueba determina a cuál de las partes le interesa demostrar los hechos que constituyen el fundamento de sus pretensiones o excepciones, según se trate de demandante o demandado, mientras que con respecto al juez constituye la*

*manera de evitar la sentencia inhibitoria o el non liquet del que hablaban los romanos.*

*Por lo expuesto, la carga de la prueba se considera una regla de conducta para las partes, por concretarse a observarla mediante la realización de todas las actuaciones necesarias para establecer los hechos que apoyan su derecho en el proceso, pretensiones o excepciones; mientras que para el juzgador es una regla de juicio, por indicarle la forma como le corresponde pronunciarse y, concretamente, decir en contra de la parte sobre la cual ella gravita...”<sup>6</sup>.*

Aspecto que, al decir de la jurisprudencia constitucional, se conoce como “...“onus probandi”, el cual indica que por regla general corresponde a cada parte acreditar los hechos que invoca, tanto los que sirven de base para la demanda como los que sustentan las excepciones, de tal manera que deben asumir las consecuencias negativas en caso de no hacerlo.

*De acuerdo con la doctrina, esta carga procesal se refiere a “la obligación de ‘probar’, de presentar la prueba o de suministrarla, cuando no el deber procesal de una parte, de probar la (existencia o) no existencia de un hecho afirmado, de lo contrario el solo incumplimiento de este deber tendría por consecuencia procesal que el juez del proceso debe considerar el hecho como falso o verdadero” ...”. (Sentencia C-086/16).*

Así entonces, la actitud silente de la aseguradora respecto del no decreto y practica de las pruebas solicitadas en el escrito de excepciones de mérito, aunado al silencio frente al auto que dispuso no tener en cuenta el único medio de prueba aportado para demostrar el estado de salud de la señora LUIS FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, impone a esta instancia el tener como no probado el hecho a partir del cual se quiso fincar la reticencia de la asegurada como causal de nulidad relativa del convenio

---

<sup>6</sup> AZULA CAMACHO (2017). *Manual de Derecho Procesal. Tomo VI. Pruebas Judiciales*. Bogotá: Editorial Temis.

aseguraticio, de ahí que esta sola razón se muestra suficiente para que no prospere la excepción de mérito formulada en este sentido<sup>7</sup>, lo que hace innecesario el análisis sobre el alcance y contenido del correo electrónico en el que la señora Bahamón Naranjo de manera lacónica informó estar incapacitada *"hace algún tiempo ya"*.

Aun así y en gracia de discusión sí, como se sabe, la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza que por esos hechos omitidos por el asegurado el contrato se haría más oneroso o que se hubiese abstenido de celebrarlo, es entonces a ella a quien le corresponde demostrar estos supuestos y tanto así lo comprendió la demandada que en el acápite de pruebas del escrito de excepciones solicitó la declaración de parte *"para que evidencie como hubiera procedido la Compañía de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, y sobre las demás excepciones formuladas en este escrito..."*; como también solicitó con esta misma finalidad, los testimonios de un profesional médico adscrito a la compañía de seguros, el de una funcionaria del Equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la compañía y el de una asesora externa de la aseguradora, de lo que se infiere la importancia de este aspecto para el éxito de la excepción de mérito formulada en la contestación de la demanda.

De acuerdo con lo anterior, se tiene que la relevancia o la trascendencia de la inexactitud tampoco está probada en el plenario pues, más allá de la afirmación contenida en el escrito de excepciones, ningún medio de

---

<sup>7</sup> Es de anotar que, en criterio de esta Sala no es este uno de los casos en que se hace imperativo para el juez ejercer la facultad-deber de decretar pruebas de oficio, toda vez que, como lo ha dicho la Corte Suprema de Justicia ello *"...no conlleva a exonerar a las partes de la carga demostrativa que se les impone para abrir paso a sus pretensiones o excepciones, según corresponda, puesto que el ejercicio de esa facultad - deber salvo los casos en que el decreto y práctica resulte un imperativo para el funcionario su ejercicio queda sujeto a su discreta autonomía..."* (SC2215-2021), siendo obligatorio proceder al decreto de pruebas de oficio, por ejemplo, en casos tan extremos como cuando el no decretarla conlleva al proferimiento de un fallo inhibitorio, caso que no corresponde a la hipótesis aquí analizada.

prueba fue arrimado al plenario, precisamente porque los medios de prueba que solicitó la demandada para demostrarla (declaración de parte y testimonios) fueron rechazados por la juez *A-quo* y, recordemos, contra esa decisión la parte demandada guardó silencio, de manera que, su inactividad también impide tener por acreditado que, de haber conocido el diagnóstico de la demandante, que tampoco está demostrado como quedó dicho, la compañía de seguros se hubiese abstenido de contratar o lo hubiese hecho en condiciones más onerosas.

Acerca de este presupuesto podemos decir que la jurisprudencia ha sido uniforme, tanto la de la Corte Constitucional como la de la Corte Suprema de Justicia, han admitido la necesidad de que la inexactitud o reticencia sea relevante o trascendental, tal como lo refiere esta última Corporación en sentencia SC-3791-2021:

*"...Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son «relevantes»<sup>8</sup>. Para la jurisprudencia constitucional, «siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo»<sup>9</sup>. En el mismo sentido esta Corporación al asentar:*

*«Ahora, es incuestionable que la ley no ha consagrado una pormenorizada relación de los hechos que determinan el estado del riesgo en el contrato de seguro (numerus clausus), sin que tampoco pueda pasarse por alto que las circunstancias que ofrezcan incidencia en un evento concreto, in casu, pueden carecer de ella en otro distinto. Por tal razón, compete al juez, en cada caso específico, dado que se trata de una quaestio facti, auscultar y validar, desde la óptica del singular contrato de seguro sub iudice, cuáles acontecimientos fácticos pudieran interesar o incidir en el asentimiento del asegurador y cuáles no (juicio de relevancia o de trascendencia) (...»<sup>10</sup>*

*Lo dicho implica demostrar la reticencia o inexactitud. Igualmente, la incidencia de los vicios en el consentimiento. Esto último sin aquello, desde luego, no es posible ponderar. 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*

---

<sup>8</sup> OSSA G., J. Efrén. Teoría General del Seguro - El Contrato. Editorial Temis. Bogotá. 1991. pág. 333.

<sup>9</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-232 de 15 de mayo de 1997.

<sup>10</sup> CSJ. Civil. Sentencia de 12 de septiembre de 2002, expediente 7011.

*celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas» (artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio).*

*3.2.5. 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.*

*Los artículos 177 del Código de Procedimiento Civil y 167 del Código General del Proceso, así lo establecen. Según su tenor, «incumbe a las partes probar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen». Principios que responden al aforismo «onus probandi incumbit actori; reus excipiendo fit actor».*

*El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador.*

*Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato»<sup>11</sup>. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento...”<sup>12</sup>.*

Conforme con ello, la falta de prueba acerca de la relevancia o trascendencia de la inexactitud o reticencia también impide el éxito de la nulidad relativa de contrato de seguro; inexactitud que, por lo demás, no está probada en este proceso como quedó explicado.

Aun así y en gracia de discusión, si esta Sala se inclinara por aplicar las decisiones de la Corte Constitucional en las cuales se ha exigido para la procedencia de la nulidad relativa que la aseguradora acredite también

---

<sup>11</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-222 de 2 de abril de 2014. En últimas, como allí se indicó, la «reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe».

<sup>12</sup> Aspecto éste que, vale decir, no es discutido por los integrantes de la Sala de Casación Civil que aclararon su voto. Ni siquiera en el salvamento de voto se cuestiona la existencia de este presupuesto.

el nexo de causalidad entre la reticencia y el siniestro, lo cierto es que tampoco este elemento se encuentra acreditado en el plenario<sup>13</sup>.

En estos términos damos respuesta a los interrogantes de nuestro segundo problema jurídico.

**c.3.3.-** Descartada la procedencia de la nulidad relativa, resta por analizar los dos últimos reparos formulados contra la sentencia de primera instancia.

Respecto a los intereses ordenados en la sentencia, no se observa ni por asomo el cobro de intereses sobre intereses si en cuenta se tiene que, los intereses de mora se ordenaron a partir del 4 de mayo de 2022 liquidados a la tasa máxima legal permitida por la Superintendencia Financiera de Colombia hasta el pago total de la obligación.

Ahora, cierto es que, presentada la reclamación formal el día 4 de abril de 2022, los intereses de mora sólo podrán empezar a correr a partir del 5 de mayo de 2022, motivo por el cual el mandamiento de pago será modificado en este aspecto.

Ahora bien, tampoco es cierto que con ocasión de la orden ejecutiva se exceda el límite asegurado en la póliza toda vez que, tratándose de un seguro de vida grupo deudores, el valor asegurado varía mes a mes de acuerdo al valor adeudado, y si en la misma póliza se indica que *"LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN"*, el monto a reconocer por la aseguradora debe ser el saldo que presentaba la obligación al momento de ser dictaminada la incapacidad -comunicación del 21 de octubre de 2021-lo que implica la devolución en favor de la demandante de las cuotas pagadas por ella

---

<sup>13</sup> Al respecto, pueden verse las sentencias T-240/16, T-282/16 y T-027/19, entre otras.

entre el mes de octubre de 2021 y el mes de marzo de 2022.

Por lo demás, es claro que los intereses de mora no hacen parte del valor asegurado en la póliza, pues ellos precisamente son una sanción a la aseguradora por el no pago a tiempo de la reclamación presentada, de ahí que tampoco sea atendible este argumento.

En estos términos quedan despejados los interrogantes de nuestro tercer y último problema jurídico.

#### **VII.- CONCLUSIÓN.**

Así las cosas, al estar reunidos los presupuestos para seguir adelante con esta ejecución, se impone confirmar el fallo objeto de apelación, modificándolo únicamente en el sentido de indicar que los intereses de mora sobre el capital se liquidarán a partir del 5 de mayo de 2022, con la consecuente condena en costas de segunda instancia a cargo de la demandada y a favor de la ejecutante.

#### **VIII.- PARTE RESOLUTIVA.**

Por lo anteriormente expuesto, la Sala de Decisión Civil, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

#### **RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** el fallo objeto de apelación, modificándolo únicamente en el sentido de indicar que, los intereses de mora sobre el capital se liquidarán a partir del 5 de mayo de 2022, tal como quedó explicado en la parte motiva de este proveído.

En lo demás, la providencia permanece igual.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas de segunda instancia a la demandada y a favor de la ejecutante, para lo cual el Magistrado sustanciador señala por este concepto la suma equivalente a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**TERCERO:** Cumplido lo anterior, **REGRESE** el expediente al despacho de origen.

**NOTIFÍQUESE**

Firmado electrónicamente

**FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES**

Con ausencia justificada

**JOSÉ DAVID CORREDOR ESPITIA**  
Rad. 76001 – 31 – 03 – 010 – 2022– 00131 - 01 (10308)

Firmado electrónicamente

**JULIAN ALBERTO VILLEGAS PEREA**

**Firmado Por:**

**Flavio Eduardo Cordoba Fuertes  
Magistrado  
Sala 003 Civil  
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca**

**Julian Alberto Villegas Perea  
Magistrado  
Sala Civil  
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **391f59349c20be2efd6db60579eb0d8a22da49e370237169777b28e882c7a058**

Documento generado en 16/05/2024 11:11:53 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**