**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ**

**SALA DE DECISIÓN CIVIL**

Bogotá, D. C., veintisiete de noviembre de dos mil veintitrés

Magistrado Ponente: **Germán Valenzuela Valbuena**

Radicado: 1100 1319 9003 2021 02460 01 - Procedencia: Superintendencia Financiera.

Verbal: Víctor Manuel Buitrago Quintero y Otros ***vs***. BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Asunto: Apelación Sentencia

Aprobación: Sala virtual (01/11/2023). Sala 39.

Decisión: **Confirma.**

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia de 6 de junio de 2022.

**ANTECEDENTES**

1. Víctor Manuel Buitrago Quintero, Angélica María Buitrago Quintero, Clara Bibiana Buitrago Quintero y Aura Clara Quintero demandaron a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. con el propósito de que: *i.* se declare que son válidos los contratos de seguro Póliza de Vida Deudor N.° 022190000336820 y la Póliza Familia Vital N.° 00130176052532184590, celebrados entre Víctor Manuel Buitrago González y la demandada; *ii.* que se declare que, con ocasión del fallecimiento de Buitrago González el 9 de junio de 2020, ocurrió el siniestro amparado bajo las coberturas de dichas pólizas; *iii.* que se declare que la aseguradora es responsable del pago de la totalidad de los valores asegurados, uno de ellos para destinarse a solventar el crédito N.° 0013-0158-00-9618335895 ante el Banco BBVA Colombia S.A.; *iv.* que se condene a BBVA Seguros a asumir el pago del valor adeudado en dicho crédito en virtud de la póliza de vida deudor, a pagar el valor asegurado de la póliza familia vital, al pago de intereses moratorios desde el 25 de julio de 2020, y a indemnizar integralmente los perjuicios antijurídicos sufridos, específicamente los daños morales (globalmente por la suma de $90.852.000) junto con intereses de mora.

2. Las pretensiones así resumidas se sustentaron en los siguientes hechos:

a. Que el 8 de mayo de 2019 Víctor Manuel Buitrago González contrató la póliza familia vital N.° 0013017605253184590 con BBVA Seguros, la cual contempló diversos amparos1, entre ellos, el de vida por $40.000.000, seguro el cual tenía como beneficiarios a sus hijos y a su cónyuge.

b. Que a pesar de que se cubrían varios amparos y de la cuantía del valor asegurado, no se le practicaron chequeos médicos previo a suscribir este pacto, y la demandada siempre tuvo la oportunidad de acceder a la historia clínica del asegurado, pues autorizó a la compañía para su consecución.

c. Que en octubre de 2019 Buitrago González adquirió un préstamo con el Banco BBVA Colombia por $224.000.000, el cual se identificó con el N.° 0013-0158-9618335895, y se le exigió la contratación de la póliza grupo de vida deudor N.° 02-219-0000336820 con BBVA Seguros, que cubría los amparos de muerte, e incapacidad total y permanente.

d. Que dicha persona actuó de buena fe al diligenciar la declaración de asegurabilidad propuesta por la compañía, en la que tampoco se le realizaron exámenes médicos.

e. Que en vida Buitrago González adquirió otros seguros adicionales para proteger las obligaciones adquiridas con el Banco BBVA, entre ellos, el crédito rotativo terminado en 8079; sin embargo, de ninguna de las pólizas se le hizo entrega, por lo que se incumplió con lo señalado en el art. 1046 del Código de Comercio y en la circular básica jurídica de la Superintendencia Financiera.

f. Que Buitrago González falleció el 9 de junio de 2020, por lo que se configuró el siniestro amparado en las referidas pólizas, ante lo cual el 25 de ese mismo mes y año Aura Clara Quintero Rodríguez, como cónyuge supérstite, solicitó a BBVA Seguros el reconocimiento del siniestro y el pago de los valores asegurados, pero tal petición fue objetada por reticencia el 23 y 24 de julio de esa anualidad, bajo el argumento de que no se declararon patologías.

g. Que los seguros en mención tienen plena validez, por lo que la demandada tiene la obligación de pagar los valores objeto de amparo, así como los intereses moratorios de estos conceptos desde el 25 de julio de 2020.

h. Que la demandada le remitió a la cónyuge de Buitrago González comunicación en la que se le reconocía el pago del siniestro N.° 052300002073872 con la orden N.° 2001155401 para cubrir la obligación del crédito rotativo terminado en 8079; sin embargo, esto no ocurrió con el seguro de vida de deudor, ni con la póliza familia vital, razón por la cual existe una vulneración a los principios de coherencia, a la teoría de los actos propios y a la confianza legítima, pues de forma injustificada la aseguradora dejó de pagar las pólizas por las sumas más altas.

i. Que han padecido un daño moral significativo como consecuencia de la negativa de la demandada de hacer efectivos los amparos adquiridos en vida, y más si se toma en consideración que la objeción se basó en una supuesta deshonestidad, que no ocurrió, lo cual implica una vulneración de su buen nombre y honra, circunstancia que afecta su núcleo familiar. Además, la compañía recibió la prima sin ningún inconveniente, pero no ha cumplido las obligaciones allí suscritas, ni ha comunicado de forma clara los productos que tenía el citado.

j. Que al revisar la declaración de adquisición de la póliza, del riesgo y de la suscripción del seguro, Víctor Manuel Buitrago González no declaró ninguna información falsa o inexacta, toda vez que su declaración de buena fe era sobre el estado de salud que él conocía y que consideró relevante, máxime la no incidencia de los antecedentes en el fallecimiento y la no práctica de exámenes médicos, por lo que no se configura la nulidad relativa del contrato por reticencia o inexactitud en la declaración de riesgo.

3. Notificada de la demanda, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se pronunció frente a los hechos, se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones que denominó: *“nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado”*, *“inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual”*, *“la acreditación de mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro”*, *“BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. tiene facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de nulidad del contrato de seguro”*, *“improcedencia de la solicitud de perjuicios morales”*, *“prescripción de la acción derivada del contrato de seguro”*, *“prescripción y/o caducidad: aplicación del artículo 58 numeral 3 de la Ley 1480 de 2011”*, y *“genérica o innominada y otras”.*

En síntesis, alegó: que Víctor Manuel Buitrago González fue reticente, toda vez que no declaró de forma sincera el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, pese a que desde el 2011 se registró en su información médica una “*Cardiopatía con Recambio Valvular Aórtico”*; omitió y contestó de forma negativa las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad respecto de las preguntas que se le hicieron en cuanto a si había sufrido alguna enfermedad del corazón, cardiovascular y sí había sido sometido a intervenciones quirúrgicas; que se hubiera retraído de suscribir los contratos o hubiera pactado condiciones más onerosas.

Además, indicó que en sentencia C-332 de 1997 la Corte Constitucional, estableció la constitucionalidad del art. 1058 del Código de Comercio y fijó unos elementos que deben ser tomados al momento de estudiar la reticencia: i) no es requisito para la declaratoria de esta figura que la compañía verifique el estado de riesgo antes de contratar, situación reiterada en el fallo de tutela T-058 de 12 de febrero de 2016 de la Corte Constitucional y en la sentencia de 4 de marzo de 2016 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia; *ii)* como no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo antes de perfeccionar el contrato, no puede entenderse que el término de prescripción inicie desde la celebración del contrato, sino a partir de que la aseguradora conozca sobre el acaecimiento del siniestro; y *iii)* la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código del Comercio.

Agregó que la jurisprudencia ha señalado que no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el asegurado omitió declarar, sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado, toda vez que solo es necesario que el tomador haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía, hubiera generado la no celebración del contrato o que se estipularan condiciones más onerosas.

Por último, dijo que se configuró la prescripción de la acción derivada del contrato porque la demanda se interpuso 2 años después, contados a partir de la ocurrencia del hecho que generó la acción, y también de la acción de protección al consumidor.

4. Tras su vinculación, el Banco BBVA se pronunció frente a los hechos, y manifestó allanarse a las excepciones de la aseguradora demandada.

5. A su vez la parte actora, al pronunciarse frente a la contestación de la demanda, adujo la prescripción ordinaria de la acción de nulidad relativa por reticencia, es decir, en resumen, que para la aseguradora estaba prescrita la posibilidad de alegar esa nulidad del seguro mediante excepción.

6. Concluida la etapa probatoria, ambas partes alegaron de conclusión.

**LA SENTENCIA APELADA**

La Superintendencia Financiera negó las pretensiones de la demanda, tras declarar probada la excepción denominada *“nulidad de los aseguramientos como consecuencia de la reticencia del asegurado formulada por BBVA seguros de Vida Colombia SA”* y declaró probada *“de oficio la excepción de inexistencia de responsabilidad contractual a cargo de BBVA Colombia S.A respecto a esta entidad”*.

Como fundamento consideró que acorde con los medios de convicción recaudados en la actuación se acreditó la existencia de la reticencia en la información suministrada por el señor Buitrago González en relación con su condición de salud, pues aquél no declaró antecedentes médicos relevantes, y además, se demostró que de haber sido reportadas sus enfermedades no se hubiese aceptado la expedición del seguro o se habría aplazado para la realización de exámenes médicos; que el artículo 1058 C.Co. resulta aplicable al presente asunto, y al probarse que el asegurado fue reticente, se configuraban los presupuestos para declarar fundada la excepción de nulidad de los aseguramientos. Además, señaló que, bajo la figura de la teoría de los actos propios, no está demostrado que las condiciones contractuales de las pólizas que se aduce sí se pagaron por la demandada, fueron las mismas de los contratos de seguro que son materia de esta acción, y que por tanto, al no cumplirse con tal carga probatoria, no era viable acoger el argumento planteado.

De otro lado, se declaró probada de oficio la excepción de inexistencia de responsabilidad contractual a cargo de BBVA Colombia S.A., pues no se acreditó incumplimiento de esa entidad financiera en punto al deber de información y debida diligencia que le asistía frente al asegurado respecto de lo que estaba contratando.

**LA APELACIÓN**

1. La parte demandante sostiene que la excepción de nulidad está prescrita, pues la aseguradora tenía 2 años para alegar dicha figura, contados a partir de la suscripción del contrato y las declaraciones de asegurabilidad, pues desde ese momento debió tener conocimiento de la enfermedad del señor Buitrago por habérsele dado allí autorización para acceder a las historias clínicas; que la Delegatura confundió la prescripción ordinaria con la extraordinaria; y que si la autorización de acceso a las HC fue suficiente para fundamentar la objeción, desde el inicio debió acudirse a ellas.

Aduce, también, que no se configuró la nulidad relativa ni la reticencia, puesto que el antecedente médico alegado es lejano y no es relevante; que no se acreditó la incidencia y la gravedad suficiente en la contratación, pues no se probó lo relacionado con la extraprima; que la aseguradora está construyendo sus propias pruebas, lo que afecta los derechos de los consumidores; y que el dictamen pericial aportado por la compañía aseguradora carece de pleno valor, en tanto que ese trabajo se fundamentó en un manual de una empresa extranjera que ni siquiera es el reasegurador de BBVA Seguros.

Por último, expresa que de avalarse la existencia de la nulidad, ésta se habría saneado con la conducta desplegada por la demandada, pues pagó otros 4 contratos de seguro, y en ellos no reparó en la enfermedad de Buitrago González.

2. El extremo demandado ejerció su derecho a la réplica, expresando las razones por las cuales, en su sentir, no hay lugar a acceder a los reproches de la apelación.

3. En esta instancia se llevó a cabo la contradicción del dictamen pericial aportado por los demandantes tras revocarse en apelación la providencia que lo negó. En tal audiencia, desarrollada el 1° de noviembre de 2023, se concedió el uso de la palabra a las partes para que efectuaran sus intervenciones de sustentación y réplica de la alzada, y se anunció que la sentencia se dictaría por escrito.

**CONSIDERACIONES**

1. La apelación de la parte demandante se resume en los siguientes aspectos: *i.* configuración de la prescripción ordinaria de la excepción de nulidad relativa de los contratos de seguro; *ii.* inexistencia de reticencia, e indebida valoración probatoria y ausencia de prueba en cuanto a la incidencia del conocimiento de la enfermedad del asegurado en la contratación de los seguros y expedición de las pólizas y; *iii.* saneamiento de la alegada nulidad de los convenios.

Por tanto, el análisis que debe realizarse en esta providencia se circunscribirá solo a ellos2, sin que esté de más acotar que en el caso no resulta necesario efectuar exposiciones teóricas en cuanto al contrato de seguro, nulidad por reticencia, entre otros, pues los postulados y presupuestos de dichas figuras no han sido materia de controversia.

2. Dispuestas de este modo las cosas, y entrando de lleno al análisis de la alzada, el primer razonamiento de la alzada parte de que la acción de nulidad relativa, vía excepción en este caso, prescribió conforme el lapso ordinario de 2 años consagrado en el artículo 1081 C.Co., pues en las declaraciones de asegurabilidad se autorizó a BBVA Seguros a consultar y obtener las historias clínicas del aseguro, y por tanto, desde ese momento dicha entidad podía conocer la enfermedad que luego motivó la objeción y no pago del seguro.

Empero, dicho alegato no tiene vocación de prosperidad habida cuenta que, al margen de si era aplicable o no ese tipo de prescripción, lo cierto es que, vistas las fechas de las declaraciones, la data en que se radicó la contestación de la demanda en la que se formuló la referida excepción, y las decisiones adoptadas por el Gobierno Nacional y el Consejo Superior de la Judicatura acerca de la suspensión de términos durante la emergencia sanitaria por la pandemia Covid19, es claro que dicho lapso de 2 años no alcanzó a transcurrir.

En efecto: *i.* las referidas declaraciones de asegurabilidad se firmaron el 8 de mayo de 2019 (Familia Vital) y 14 de octubre de 2019 (Vida Deudor); *ii.* conforme al artículo 1° del Decreto 564 de 2020 (expedido durante la emergencia sanitaria por la pandemia Covid19), los términos de prescripción y caducidad estuvieron suspendidos desde el 16 de marzo de 2020 hasta cuando el Consejo Superior de la Judicatura dispuso la reanudación de los términos judiciales, esto es, del 30 de junio de 2020 (Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de mayo de 2020), por lo que la reanudación del lapso prescriptivo se produjo el 1° de julio de ese año; *iii.* por tanto, la prescripción ordinaria de la acción de nulidad vía excepción, según lo alegado por la parte apelante, únicamente habría podido tener ocurrencia desde el 22 de agosto de 2021 y 28 de enero de 2022 al descontar los 3 meses y 14 días de suspensión de términos; y *iv.* la contestación de la demanda se radicó vía electrónica el 13 de julio de 2021*.*

En suma, de analizar la prescripción ordinaria que alegó el demandante, resulta evidente que ésta no se consumó.

3. En lo que atañe a la inexistencia de reticencia e indebida valoración probatoria en punto a la incidencia en la contratación de haber conocido la aseguradora sobre el antecedente patológico del señor Buitrago González (cardiopatía con recambio valvular aórtico), el Tribunal no encuentra prósperos tales argumentos. Lo anterior, por cuanto:

3.1. En el curso del proceso quedó demostrado que en las declaraciones de asegurabilidad suscritas, el asegurado no informó sobre la enfermedad que padecía, ni de la intervención que le fue practicada.

Por el contrario, en el cuestionario que aquél diligenció para efectos de la Póliza Familia Vital, se le preguntó expresamente si había tenido diagnósticos de enfermedades cardiovasculares y marcó la casilla de “no”. Y en el cuestionario de la Póliza Seguro de Vida Deudor se le preguntó si había sido sometido a alguna intervención quirúrgica y si había sufrido cualquier enfermedad del corazón, y asimismo contestó que “no”.

A partir de lo anterior resulta claro que en la relación negocial sí tuvo lugar una ausencia de información sobre el estado de salud y los antecedentes médicos por parte del asegurado, pese a que aquél era conocedor de las enfermedades que padecía y de los procedimientos a los que años atrás había sido sometido.

3.2. Analizadas las pruebas recaudadas en el curso del proceso no se evidencia la errónea valoración probatoria que se aduce, y por el contrario, ese acervo es suficiente en orden a acreditar la configuración de los presupuestos necesarios para que opere la nulidad relativa del contrato por reticencia. En efecto:

3.2.1. El estado actual de la jurisprudencia de la Corte Constitucional y de la Corte Suprema de Justicia ha decantado que, para que se configure la nulidad a que se ha hecho mención, deben demostrarse, entre otras cuestiones, la existencia de mala fe por parte del asegurado en cuanto al incumplimiento de su deber precontractual de información, que lo no declarado o lo inexactamente declarado hubiera incidido en la celebración del convenio, y que la aseguradora no hubiere desplegado actuaciones para conocer el estado real del riesgo cuando existían elementos que le permitían inferir una discrepancia con lo efectivamente declarado.

La primera de las citadas Corporaciones ha sentado: *“la relación contractual no podrá ser declarada nula por la sola omisión en el suministro de cualquier información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria se origine en un actuar contrario a los postulados de la buena fe, que tenga la entidad de retraer el negocio celebrado o que, de ser conocida por el asegurador, hubiese llevado a estipular condiciones más onerosas”* (T-501 de 2016).

Por su parte, en reciente pronunciamiento en el ámbito de la especialidad civil, la Corte Suprema3, expuso:

*“4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil4; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución5; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado6; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento7; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó8; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente9.*

*4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.*

*4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.*

*4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar”*.

3.2.3. El Tribunal encuentra que el señor Víctor Manuel Buitrago González, no obstante conocer de manera suficiente el padecimiento que se la había diagnosticado desde el 2011 y que continuaba en 2018, de manera deliberada y voluntaria decidió no informarlo en las declaraciones de asegurabilidad y cuestionarios que respondió.

Cabe acotar que en el proceso no se demostró una razón valedera para que él hubiera incurrido en tal omisión, máxime al tratarse de un padecimiento que incluso conllevó a la práctica de una cirugía a corazón abierto. En ese orden, las reglas de la experiencia permiten establecer que, ante una enfermedad cardiovascular como la diagnosticada al asegurado, era por completo improbable que aquél hubiere tenido un ‘lapsus’ o que no resultara de fácil recordación.

Ahora bien, aunque el apoderado del extremo actor afirma que la enfermedad de cardiopatía valvular era un antecedente lejano y no relevante, lo cierto es que en los cuestionarios puestos a disposición del declarante no se mencionaron tiempos límites de diagnóstico de los tipos de padecimientos allí consultados, y que las opciones de respuestas tampoco se dejaron abiertas al declarante, para que éste -según su estimación- declarara lo que le pereciera relevante o no; tan solo se consultó si en algún tiempo había sido diagnosticado con determinados tipos de patologías, lo que fue negado en su integridad por el declarante.

Además, conforme los dictámenes periciales que obran en el trámite, especialmente el recaudado y objeto de contradicción en esta instancia, la enfermedad que dicha persona padeció (cardiopatía valvular) y la intervención quirúrgica que se le practicó (Bentall for Freestyle), pueden requerir controles posteriores en el tiempo, lo que descarta por completo que una persona, por falta de atención o memoria, pudiera olvidar tales cuestiones a la hora de declararlo en un cuestionario.

Bajo tal línea, se concluye que el señor Buitrago González no fue honesto y sincero en la información que proporcionó en cuanto a su estado de salud y enfermedades diagnosticadas, faltando así a sus deberes precontractuales y al principio de buena fe, los cuales deben observarse por cualquier contratante, más aún en este caso si se tiene en cuenta que él tenía la profesión de abogado y debía conocer la necesidad de proporcionar unos datos completos, íntegros y veraces acerca de su salud, así como el riesgo de no hacerlo.

No podría, en esa senda, excusarse el comportamiento y actuación omisiva de tal persona y enmarcarlo en un simple descuido, o sentar que resulta irrelevante para una operación contractual de seguros de vida, manifestar la existencia o diagnóstico de una enfermedad cardiovascular y un procedimiento médico.

3.2.4. Si bien la jurisprudencia ya citada señala que las aseguradoras también deben actuar bajo principios contractuales y precontractuales, y que, por su profesionalismo, deben obrar con diligencia en su actuar, ello no implica que siempre estén obligadas a practicar exámenes médicos, revisar historias clínicas o acometer gestiones similares, pues esa carga y deber adicional solo puede activarse en los eventos en que se presente circunstancias especiales de las cuales pueda conocerse o advertirse el estado de riesgo real del pretenso contratante, o al menos sospecharse que existen diferencias entre lo declarado y la realidad.

En el presente asunto no se evidencia la existencia de elemento alguno que hubiera activado en BBVA Seguros dicha carga y obligación de verificación del estado del riesgo del asegurado, pues a simple vista física, en el momento de la declaración, no podía determinarse ni intuirse que él había sido diagnosticado con una ‘cardiopatía valvular’, y menos aún que se le había practicado un ‘Bentall for Freestyle”; es más, en la contradicción del dictamen pericial de la parte demandante, decretado y practicado en esta sede jurisdiccional, al preguntársele a la perito si tal patología o algún efecto o consecuencia de la misma podía ser detectada o sospechada tan solo con el relacionamiento normal y casual con la persona que lo padeció, la perito contestó que no, que resultaba imperceptible.

De igual forma, en el cuestionario correspondiente el declarante tampoco indicó sobre la presencia de algún otro padecimiento, y nada permite concluir que al momento de diligenciar los formularios respectivos aquél manifestó al empleado que lo asesoró una cuestión relacionada con los eventos médicos acaecidos.

En ese orden, resultaría desmedido exigir a la entidad acá demandada que, a efectos de determinar la realidad del riesgo del asegurado, hubiera desplegado actuaciones como solicitar y verificar historias clínicas o realizar exámenes médicos exhaustivos, comoquiera que ninguna sospecha podía tener en punto a la enfermedad y cirugía atrás referidos.

3.2.5. El trabajo pericial que aportó BBVA Seguros, y cuya contradicción se llevó a cabo en el curso de la primera instancia, resulta suficiente para acreditar cuál habría sido el comportamiento negocial de esa entidad si hubiera conocido los antecedentes médicos de Buitrago González, por cuanto en éste se analizó la patología diagnosticada, los efectos de la misma, eventuales complicaciones, la cirugía practicada, la experiencia de asegurabilidad de la entidad en personas con antecedentes de síndrome de Marfán, y manuales de tarificación. Además, en dicha experticia se expuso la metodología que se utilizó para el propósito encomendado.

Aquella prueba, entonces, permite concluir que la actuación de la aseguradora, de haber contado con la información de los antecedentes de salud, habría sido distinta, en tanto que la calificación del riesgo hubiera sido mayor y ello llevaría a una extraprima del 50% en el amparo de vida, que es el ahora reclamado.

Ahora bien, el extremo apelante aduce que la demandada está fabricando sus pruebas y que el referido dictamen no podría tenerse en cuenta pues allí no se analizó el manual de seguros del BBVA sino uno de reaseguradoras, y el profesional que lo rindió no tuvo acceso ni analizó las historias clínicas de los casos con los que hizo un parangón para determinar la incidencia en la contratación.

Sin embargo, para la Sala dichos argumentos no tienen eficacia para restar valor a la experticia en mención, y en general a la decisión de la autoridad de primer grado, habida cuenta que:

*i.* La remisión y análisis de manuales de seguros de reaseguradoras lleva a determinar la forma en que, en general, las personas jurídicas que se dedican a la actividad de aseguramiento se hubieran comportado en una situación como la presente.

Aceptar la postura del apelante llevaría a extremos en que, si una compañía de seguros no tiene un manual concreto en el que estipule la forma en que actuaría de tener un caso del pretenso aseguramiento de una persona con antecedentes de cardiopatía valvular e intervención Bentall for Freestyle, o en el caso en que sí se tiene un manual pero no refiere solución a un asunto específico, un perito estaría por completo impedido para obtener información general de las acciones de la aseguradora.

Por tanto, lo relevante acá es que el profesional que acometió el estudio expresó con claridad, y soporte suficiente, cómo habría actuado la aseguradora, y cuál era la consecuencia negocial en las circunstancias especiales.

*ii.* En el trámite no se aportó un medio de convicción que contradijera las conclusiones adoptadas en el dictamen referido, y las respuestas del perito en el interrogatorio de contradicción practicado no descartan su validez.

Nótese, entonces, que la parte demandante tuvo la oportunidad de allegar un dictamen de contradicción para rebatir la fundamentación y conclusión del contrario, y acreditar, con ello, que la contratación y prima habrían sido las mismas de haber manifestado por el asegurado la enfermedad y cirugía tantas veces mencionadas.

Además, estudiado el contenido del trabajo en mención no se evidencia razón para descartar su validez y viabilidad pues está debidamente motivado, y por ende, resulta atendible desde el ámbito probatorio, y las respuestas del perito al absolver el interrogatorio, en realidad, no tienen la virtud para restarle valor.

Y *iii.* La prueba del comportamiento de la aseguradora en el caso concreto naturalmente debe venir del estudio de sus mismas acciones y de su actuación contractual o negocial en situaciones y eventos similares, por lo que la alegación acerca de que ella está fabricando su propia prueba no se abre paso, desde luego que el objetivo al respecto era demostrar cómo hubiera actuado al conocer los antecedentes médicos.

En ese sentido, la compañía de seguros está compelida a aportar los medios de convicción que acreditan cuál hubiera sido su conducta de haber conocido ciertos hechos, por lo que es ilógico que la prueba de ello provenga de una externalidad absoluta.

3.3. Y por último, el hecho de que existieran 4 seguros más contratados entre Buitrago González y BBVA Seguros, y que esos sí fueron pagados por la entidad sin haber objetado por reticencia u otra cuestión, de ninguna manera implica un saneamiento de la nulidad relativa acá encontrada y demostrada respecto de las pólizas Familia Vital y Grupo de Vida Deudores.

Ello, comoquiera que: cada negocio es particular y distinto, y *per se* las particularidades de uno no podrían afectar o beneficiar los demás; no se acreditó que en esas otras relaciones contractuales se hubieren presentado circunstancias idénticas o al menos similares; y en todo caso, nadie está obligado a perseverar y persistir en una conducta, errónea o no.

Para ahondar, la actitud que una parte adoptó en un contrato específico en manera alguna podría sanear un vínculo negocial totalmente distinto, por más que sean las mismas partes contratantes y un tipo de contrato similar (seguro), pues cada una de las relaciones contractuales es independiente de las demás y el eventual saneamiento de la nulidad solo podría tener lugar con la ocurrencia de hechos relativos al mismo y propio convenio en que suceda, y no con actitudes asumidas en los otros negocios.

Del mismo modo, y al margen de la discusión en torno si se acreditó o no la existencia de declaraciones de asegurabilidad en los otros cuatro seguros que se afirma fueron pagados, la Sala pone de presente que no sería dado exigir judicialmente a la aseguradora que adopte conductas iguales en diferentes contratos y que para un determinado seguro ejerza acciones idénticas a las que ejerció en otro, de donde se sigue que la ausencia de objeción en una reclamación aseguraticia en manera alguna podría tener los efectos de convalidar o invalidar otros seguros.

4. En resumen, como se acreditaron los presupuestos legales y jurisprudenciales de la nulidad relativa de los contratos de seguro Póliza de Vida Deudor N.° 022190000336820 y la Póliza Familia Vital N.° 00130176052532184590, celebrados entre Víctor Manuel Buitrago González y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., se imponía negar las pretensiones de la demanda. Por consiguiente, se ratificará la decisión de primer grado.

**DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, D. C., en Sala de Decisión Civil, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **CONFIRMA** la sentencia apelada, proferida el 6 de junio de 2022 por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera.

Se condena en costas de segunda instancia a la parte apelante.

El magistrado sustanciador fija como agencias en derecho de segunda instancia la suma de $1.000.000. Liquídense (art. 366 Cgp).

**NOTIFÍQUESE Y DEVUÉLVASE**

Los Magistrados,

**GERMÁN VALENZUELA VALBUENA**

**ÓSCAR FERNANDO YAYA PEÑA ÁNGELA MARÍA PELÁEZ ARENAS**

*Radicado: 1100 1319 9003 2032 02460 01*

Firmado Por:

German Valenzuela Valbuena

Magistrado

Sala 019 Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Oscar Fernando Yaya Peña

Magistrado

Sala 011 Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Angela Maria Pelaez Arenas

Magistrada

Sala 009 Civil

Tribunal Superior De Bogotá D.C.,

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:

331135829f0c34125bd9ab87a89e734ae12c8fdf2ffb3f64655044de30093fc5

Documento generado en 27/11/2023 10:36:01 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica