



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI

Magistrado Ponente: **Dr. Hernando Rodríguez Mesa**

Referencia:	760013103018-2022-00110-01
Proceso:	Verbal Responsabilidad Contractual
Demandante:	Carolina Cárdenas Jaramillo y Elizabeth Cárdenas Jaramillo.
Demandado:	BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
Asunto:	Apelación Sentencia

Santiago de Cali, veintinueve de abril de dos mil veinticinco

Proyecto discutido y aprobado en Sala Civil de decisión, según acta No. 060 de la fecha.

Surtido el traslado de la sustentación del recurso de apelación y de éste a los demás con interés en la forma y términos indicados en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, complementario del artículo 327 del C. G. del P., procede la Sala a resolver la alzada y, definir en consecuencia, lo que en derecho corresponda:

1. SÍNTESIS DEL LITIGIO

Pretenden los demandantes, se declare civilmente responsable a **BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.**, por el perjuicio a ellas infligido a raíz del no pago de las pólizas tipo grupo de vida deudor Nos. **022620000012123 y 022610000013250**, pese a consumarse el riesgo objeto de amparo – fallecimiento de **Luz Dary Jaramillo Alarcón**, deudora de dos créditos de consumo otorgados por el **Banco BBVA S.A.** –; en consecuencia, pide la afectación de los contratos de seguro aludidos y pagarles los montos enunciados como cobertura, junto con

el interés moratorio en la forma prevista en el artículo 1080 del C.Co. y las costas del proceso.

Las pretensiones referidas, tienen como soporte la siguiente exposición de motivos:

Luz Dary Jaramillo Alarcón – q.e.p.d. – solicitó dos créditos de consumo al **Banco BBVA S.A.**, para cuya aprobación y desembolso, se le exigió, dijo, tomar sendos seguros de vida; de los documentos para tramitar dicho producto financiero hicieron parte las solicitudes de aseguranza firmadas con espacios en blanco, pero diligenciadas por el asesor bancario; los préstamos fueron otorgados en cuantía de \$ **93.800.000.00**, cada uno, amparados con las pólizas de vida grupo deudor #s. **022620000012123 y 022610000013250**; por desgracia, la deudora falleció el **14 de febrero de 2021** por secuelas asociadas al coronavirus o covid 19 ante lo cual, sus hijas, las demandantes, elevaron la reclamación del caso ante la aseguradora quien la objetó alegando reticencia por ocultamiento del antecedente de embolia y trombosis venosa profunda, no obstante, el extremo activo aclaró que esas patologías las superó en **2019**, según historia clínica adjunta.

Las interesadas desdican de la posición de la compañía de seguros de no afectar las pólizas, en franca contravía de la línea jurisprudencial que requiere para la viabilidad de la reticencia invocada prueba de la *mala fe* de la asegurada al momento de declarar su estado de salud; igualmente, reprocha la inexistencia de nexo causal entre las dolencias no reportadas y la causa del deceso de la asegurada; en tal sentido, pide la declaración de responsabilidad de la compañía de seguros en tanto que, pese a existir pólizas para amparar la cartera del banco se desentiende la obligación contractual y, por ello, ante la no solución de la prestación el acreedor promueve proceso compulsivo en contra de las actoras, asunto que en la actualidad tiene auto de seguir adelante

la ejecución; en consecuencia, piden se ordene a la demandada el pago a favor de las demandantes del valor asegurado y los intereses en la forma pedida en la demanda y su posterior reforma.

2. PORMENORES PROCESALES DE INTERÉS.

La demanda fue admitida por auto # 333 del **31 de mayo de 2022**, se notificó al extremo pasivo en legal forma, quien contestó oponiéndose a las pretensiones; en tal sentido, propuso excepciones que giran en torno a persistir en la reticencia que en su sentir existe ante el ocultamiento de embolia y trombosis venosa profunda que tuvo la *de cuius*; que al mediar declaración previa sobre el estado de salud y no reportar tales padecimientos es prueba suficiente de la mala fe y su incidencia en el negocio aseguratorio; anotó que no le es exigible hacer exámenes para asumir el riesgo pues en este tipo de contratos por disposición legal se privilegia la buena fe, amén que el nexo causal señalado por el extremo activo es entre la dolencia omitida y su implicación en el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo; de otro lado, discutió sobre la legitimidad por activa en tanto que, en estricto sentido, el llamado a reclamar el cumplimiento de la póliza y su pago es el beneficiario, es decir, el banco y allí no tienen cabida las demandantes; aclaró que lo asegurado es el saldo de la obligación del crédito al momento del fallecimiento de la deudora; como se anteló, promovió varias excepciones en orden a enervar las pretensiones de la demanda.

La parte demandante reformó la demanda para incluir nuevos hechos y pretensiones ante la realidad de la existencia de proceso ejecutivo iniciado a instancia del Banco BBVA para el pago de los créditos insolutos; insistió que lo concernido el pago de las pólizas se realice a favor de las demandantes; dicha petición fue avalada por el Despacho según auto del 14 de marzo de 2023.

Acto seguido en audiencia inicial del **29 de junio de 2023**, la funcionaria judicial en el segmento del control de legalidad dispuso integrar al proceso como parte del extremo activo al **Banco BBVA S.A.** en su condición de beneficiario de las pólizas de seguro de vida grupo deudor; dicha entidad se tuvo por notificada el **11 de julio de 2023**, sin que haya comparecido a la causa.

Desarrolladas las audiencias inicial y de instrucción y juzgamiento – art. 372 y 373 del C.G.P. – en las que se intentó conciliar con resultado negativo, se recibieron los interrogatorios a las partes, se escuchó el testimonio decretado y los apoderados judiciales presentaron sus alegatos de conclusión, la Juez del caso lo decidió declarando falta de legitimidad por activa, lo que la conllevó a negar las pretensiones del libelo introductorio; de dicho pronunciamiento, se hace la siguiente síntesis:

3. LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

Previamente encontró satisfechos los presupuestos procesales, amén de descartar la presencia de vicios con capacidad de anular el proceso; a vuelta de precisar los contornos del litigio, pretensiones de la demanda y postura de la aseguradora, la funcionaria judicial pasó a resolver la controversia ocupándose de entrada en la temática de la legitimidad en la causa, relievó su carácter sustancial y necesidad de comprobación en el ánimo de salir airoso en la contienda; en el caso de la activa, explicó que le es dada a quien tiene interés o titularidad del derecho a reclamar del demandado la concesión de una prestación y, en caso de estar ausente tal presupuesto, la consecuencia no puede ser distinta a la negación de la pretensión; a renglón seguido se adentró en las honduras del contrato de seguro, concepción, finalidad, tipologías, normativa y características, en tal camino señaló quienes son los

intervinientes a la luz de la norma comercial – art. 1037 C.Co –; precisó que para que el interesado pueda reclamar la afectación del seguro debe ser parte del contrato, en el caso concreto, al revisar las pólizas anexas a la demanda encontró que el único beneficiario es el **Banco BBVA S.A.**, de ahí que sea el llamado a recibir el pago del seguro ante la ocurrencia del siniestro – muerte de la deudora –; que las demandantes piden el pago del seguro *iure proprio* sin ser parte del seguro, ya como aseguradas, ora como tomadoras o beneficiarias; tampoco, dijo, hay prueba del daño que dicen se les causó porque no hay evidencia que hayan pagado los créditos dejados por su ascendente a fin de subrogarse los derechos de ella; anotó que como subrogatarias de su progenitora asumirían su postura contractual en el seguro y, de ese modo, tendrían legitimidad por activa para solicitar el cumplimiento de las pólizas; en tal sentido, declaró la ausencia de legitimidad por activa y de paso, la negación de las pretensiones.

4. DEL RECURSO DE APELACIÓN.

Oportunamente, el apoderado judicial de la parte demandante apela la sentencia proferida; en esencia, plantea tres reparos concretos dirigidos a atacar la inferencia de falta de legitimidad por activa: *i)* que al vincular al proceso al **Banco BBVA S.A.**, (acreedor – beneficiario de la póliza) como litisconsorte necesario quedó debidamente integrado el contradictorio, por lo que se superó cualquier vicisitud o falencia en tal aspecto – legitimidad por activa –; *ii)* reprocha la no aplicación del apotegma *iura novit curia* para dimensionar certeramente, que el reclamo de la póliza es para solucionar o pagar los créditos que en vida tomó la asegurada – **Luz Dary Jaramillo Alarcón** –, máxime que, el perjuicio en este caso, está dado por el proceso ejecutivo con auto de seguir adelante la ejecución lo que supone un menoscabo latente ante la inminencia de verse las demandantes compelidas a hacer el pago y

iii) en su condición de herederas de la deudora están facultadas para apelar al contrato de seguro en aras de cubrir los préstamos insolutos.

5. CONSIDERACIONES:

Concurren al presente asunto los presupuestos procesales que permiten decidir el fondo de la controversia, esto es los requisitos necesarios que regulan la constitución y desarrollo formal y válido de la relación jurídico-procesal. De otra parte, no se avizora la existencia de vicio alguno con entidad de estructurar nulidad procesal no saneable; en lo que hace al presupuesto material de la pretensión atinente a la legitimación en la causa por activa punto álgido del debate de este proceso, la Sala lo abordará y dará solución líneas más adelante.

Precisado lo anterior, importante recordar que el contrato de seguro más allá de la concepción, partes, requisitos y elementos claramente definidos en el Código de Comercio – arts. 1036, 1037, 1045, 1047 y 1048 – es una manifestación del acuerdo o consenso entre dos interesados en un servicio o producto determinado y, por el cual, **“...se regula...una relación jurídica patrimonial...”** – art. 864 *ídem* – en tal sentido, quienes participaron en su perfeccionamiento deben obrar de buena fe **“...y, en consecuencia, obligarán no solo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural...”** – art. 865 *ibídem* –.

Ahora, como en todo contrato legalmente celebrado – el que es objeto de debate no fue defenestrado por las partes, por el contrario se ratificó su vigor, solo que cada quien le da el alcance que mejor se acomode a su interés – una vez perfeccionado es vinculante para sus partícipes – art. 1602 C.C. – y al conocerse la intención que llevó a su nacimiento a

ella ha de sujetarse – art. 1618 – considerando en todo momento que ante cláusulas ambiguas, imprecisas, abstractas o que no generen efecto o tiendan a vaciarlo de contenido debe restárseles eficacia para sobreponer aquellas que cumplan el objeto de la convención – art. 1620 – ***“...lo cual significa que cuando el pensamiento y el querer de quienes concertaron un pacto jurídico quedan escritos en cláusulas claras, precisas y sin asomo de ambigüedad, tiene que presumirse que esas estipulaciones así concebidas son el fiel reflejo de la voluntad interna de aquellos, y que, por lo mismo, se torna inocuo cualquier intento de interpretación. Los jueces tienen facultad amplia para interpretar los contratos oscuros, pero no pueden olvidar que dicha atribución no lo autoriza, so pretexto de interpretación, a distorsionar ni desnaturalizar pactos cuyo sentido sea claro y terminante, ni muchísimo menos para quitarles o reducirles sus efectos legales...”***¹.

Así pues, cuando se toma una póliza de seguros lo que se busca palabras más, palabras menos, es la protección del patrimonio propio o, como bien dijo el **Dr. J. Efrén Ossa G²**, la finalidad de ese tipo de negocio jurídico es ***“...en sus efectos económicos, mejor dicho, en la protección directa o indirecta de sus derechos...”***, en la misma obra el autor a propósito del móvil o causa por el interesado explicó que, ***“...Ya no es solo la relación directa entre la persona y el objeto, sino también la indirecta que abre paso a los seguros que tienen como fin preservar la integridad del patrimonio como conjunto de derechos y obligaciones y estabilidad como generador de nuevos ingresos...Coadyuva, por tanto, la preservación – por medio del seguro – del patrimonio no solo como elemento estático, sino como factor dinámico de la economía personal...”***.

1 Corte Suprema de Justicia, Sentencia de Casación Civil del 5 de julio de 1983.

2 “Teoría General del Seguro. El Contrato”. Ed. Temis, 1991, 2da Edición, págs. 3 y 72.

Dentro de lo que se pacta o conviene en todo contrato de seguro, el artículo 1047 del C.Co, consagra un derrotero cuyo objetivo es, precisamente, satisfacer la necesidad de protección del patrimonio del tomador, asegurado o beneficiario; en lo que respecta a los integrantes o partícipes del contrato aludido los numerales 2 al 5 indica quienes hacen parte, pudiendo adquirirse la calidad de **asegurado – tomador – beneficiario** y, en tal caso, ser los llamados o legitimados *prima facie* a hacer valer las prerrogativas derivadas del contrato de seguro; dicha connotación se ratifica o complementa con las disposiciones que la ley comercial tiene establecidas para el seguro de personas, v.g., los artículos 1141, 1142 y, muy especialmente, el 1144 del C.Co.

Es importante recordar que dicho negocio jurídico es un típico contrato de adhesión, no solo porque la normatividad así lo concibe – literal f) del artículo 2º de la Ley 1328 de 2009, en comunión con el numeral 4º del artículo 5 de la Ley 1480 de 2011 – sino porque la jurisprudencia de la H. Corte Suprema de Justicia lo tiene calificado de esa manera:

“...El de seguro es un típico contrato de adhesión, o de condiciones generales predispuestas. Naturalmente, existen variables que son discutidas y pactadas con el tomador en cada caso particular (v. gr., la forma de pago de la prima, o las características específicas del bien asegurado, en los seguros reales), pero la generalidad de las estipulaciones que regulan la relación aseguraticia son preestablecidas por la aseguradora, de forma unilateral. Ello obedece, a las necesidades de la actividad aseguradora. Así como ocurre con cualquier otro negocio llamado a desarrollarse a gran escala, los costos de transacción del aseguramiento serían incalculables si los términos de cada contrato de seguro celebrado tuvieran que discutirse y fijarse

individualmente. Asimismo, ha de considerarse que la transferencia de riesgos es una actividad altamente técnica, que demanda cálculos precisos, basados en la estandarización de fenómenos objetivos...”³.

Con el marco de referencia que precede, se adentra la Sala a dilucidar los reparos planteados por el abogado de las demandantes quien disiente de la declaración de ausencia de legitimidad por activa que hizo el *a quo*, básicamente porque el beneficiario del seguro, **Banco BBVA S.A.**, hace parte de la contienda a raíz de la vinculación que de oficio hizo la funcionaria judicial ligándolo además, al extremo activo, amén que, las demandantes, hijas de la deudora, en su condición de herederas o descendientes les asiste el interés de reclamar a la aseguradora el cumplimiento de su débito contractual, cual es, el pago de los saldos insolutos de los créditos.

Es inconcuso en este proceso, **i)** la existencia de dos préstamos de consumo otorgados por Banco BBVA S.A. a la señora Luz Dary Jaramillo Alarcón en **agosto de 2020**; **ii)** la existencia de dos pólizas de seguros de vida grupo deudores cuyo amparo según los documentos respectivos obrantes en el plenario es “**...el riesgo de muerte a los deudores del tomador de la presente póliza...**”, teniendo como cobertura “**...el 100% del valor asegurado...**”; **iii)** el deceso de la prestataria el **14 de febrero de 2021**, según la historia clínica adjunta, a causa de complicaciones asociadas al **Covid 19** (asma y neumonía viral) – fls. 65, 176 y 177, **carpeta digital 004Anexos.pdf. Cdno Primera Instancia** –; **iv)** reclamación de las actoras – Elizabeth Cárdenas Jaramillo y Carolina Cárdenas Jaramillo – el **23 de febrero de 2021** a la compañía de seguros BBVA para que “**...el seguro de**

3 Sentencia de Casación Civil **SC 495 – 2023** de 20 de marzo de 2024 M.P. Dr. Luis Alonso Rico Puerta.

vida otorgado por los siguientes créditos realice la cancelación de las siguientes obligaciones...” – fl. 286, carpeta digital 019ContestacióndemandaBBVASEGUROSVIDA.pdf, Cdn. Primera instancia – y v) objeción a esa reclamación por la aseguradora adiaada **25 de marzo de 2021** ante la existencia de “...**antecedentes patológicos de Embolia y Trombosis venosa profunda- anticoagulada (TVP). Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago de los respectivos seguros...**” – fls. 287 y 288, carpeta digital 019ContestacióndemandaBBVASEGUROSVIDA.pdf, Cdn. Primera instancia –; sobre dicha realidad material con pleno vigor jurídico, ningún extremo de la pendencia reprochó, desconoció u objetó y, en tal sentido, es dable tener dichas circunstancias como verdades reveladas.

Ahora bien, si tal como se aludió anteriormente, bajo el manto del acerado postulado **res inter alios acta** o principio de la relatividad de los contratos, en general, sólo quienes se aliaron para concertar el negocio jurídico que rige sus relaciones patrimoniales son los llamados a deprecar el cumplimiento, resolución o indemnización respecto del mismo, en el caso del tipo de seguro grupo de vida deudor como el que aquí se discute, a partir de la norma mercantil, la jurisprudencia y en este asunto en particular, el contrato mismo, está servida la posibilidad que terceros ajenos o que no intervinieron en su confección, cuales serían, las hijas de la fallecida, puedan reclamar la afectación de la póliza para saldar las deudas insolutas; siempre que se hable de legitimidad en la causa para accionar, pedir o resistir una determinada pretensión o acción, debe considerarse el **interés sustantivo**, porque puede suceder que determinado contrato o negocio jurídico del que no se es parte, termine afectando al tercero o extraño, v.g., contrato de transporte.

El Código Civil Colombiano, prevé la sucesión de la persona difunta – art. 1008 – y fija en el primer orden hereditario a la descendencia, esto es, los hijos del causante – art. 1045 – en quienes además, se prolonga para efectos patrimoniales la personalidad del testador – art. 1155 – ya que “**...representan la persona del testador para sucederle en todos sus derechos y obligaciones transmisibles...**”, palabras más, palabras menos, las deudas dejadas por el ascendente, terminan a cargo de la descendencia; en tal orden de ideas, si la señora **Luz Dary Jaramillo Alarcón** en vida tomó dos créditos con el Banco BBVA S.A., amparados por la compañía de seguros de ese grupo bancario, ante su desafortunado deceso, esas obligaciones le fueron transmitidas a sus hijas, las aquí demandantes, tanto que, en la actualidad según está comprobado en el expediente, cursa proceso ejecutivo en su contra para obtener compulsivamente el recaudo de lo debido – fls. 20 a 32, **carpeta digital 027ReformaDemanda.pdf, Cdno Primera Instancia** –

En tal virtud, resulta cuando menos ilógico que, ante la situación de la muerte de la deudora se persiga ejecutivamente a sus hijas para la solución de la prestación – aspecto plenamente avalado por la ley, arts. 87, 422 y 430 C.G.P –, pero se les impida por una mala comprensión de la situación fáctica, el reclamo a la aseguradora para la afectación de las pólizas para que, por cuenta de ellas, saldar los créditos pendientes de pago; si la progenitora en su condición de **asegurada** tenía legitimidad para hacer valer sus prerrogativas en los contratos de seguros al desaparecer aquella, esa potestad quedó en cabeza de su descendencia, claro, siempre y cuando, el pago que es cosa distinta, se haga al beneficiario como está convenido en la aseguranza.

Dicho en forma más sencilla, el derecho a reclamar el cumplimiento del contrato de seguro que le asistía a la asegurada se transmitió con ocasión de su muerte a sus herederas, esto es, a sus hijas, a la sazón, las aquí demandantes; se insiste, el derecho a reclamar, pero el pago si

a ello hubiere lugar, lo recibe a quien se señaló como beneficiario que no es otro que el Banco acreedor; es que, el contrato de seguro obrante en autos indicó en las cláusulas **décimo quinta y décimo sexta** que el **asegurado** podía reclamar y acreditar la ocurrencia del siniestro ante la aseguradora, lo que, por el riesgo que se amparó – muerte del asegurado – equivale a entender que esa permisión contractual le es dada a aquellos sobre quienes se extiende la personalidad de la causante, es decir, sus hijas – fl. 20, **carpeta digital 004Anexos.pdf**. **Cdno Primera Instancia** – sin que exista motivo válido para reprimir tal atribución.

Desde la jurisprudencia de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Agraria y Rural⁴ se ha admitido igualmente que tratándose del seguro de vida grupo deudores, los herederos del obligado fallecido puedan dirigir sus reclamos a la aseguradora para que pague el crédito amparado:

“...En definitiva, allí hay un mal entendimiento del principio de la relatividad de los contratos. Y todo por echarse al olvido que en los alrededores del contrato hay personas que ciertamente no fueron sus celebrantes, pero a quienes no les es indiferente la suerte final del mismo. Dicho de otro modo, no sólo el patrimonio de los contratantes padece por la ejecución o inejecución del negocio jurídico; también otros patrimonios, de algunos terceros, están llamados a soportar las consecuencias de semejante comportamiento contractual. No hace mucho, por ejemplo, alegaba un recurrente que ante el impago de un cheque, el tenedor, así encontrase culpable al banco de ese hecho, necesariamente tenía que reclamarle al girador, pues al banco no podía demandar

4 Sentencia de Casación del **28 de julio de 2005**, Exp. 1999-00449-01, M.P. Dr. Manuel Isidro Ardila Velásquez; planteamiento que más recientemente se reiteró en la Sentencia de Casación Civil **SC 4904-2021** del 4 de noviembre de 2021, M.P. Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

ya que ninguna relación contractual lo unía a él; y tampoco podía hacerlo extracontractualmente porque si aun así resultaba menester establecer el eventual incumplimiento por el banco del contrato de cuenta corriente, de todos modos sería permitir que la acción de un extraño terminara definiendo la suerte del contrato, y sin la comparecencia de todos sus celebrantes...

... Es apodíctico, así, que en el buen o mal suceso de los contratos hay mucha gente interesada. Bien fuera admitir la expresión de que en los contornos de los contratos revolotean intereses ajenos al mismo, los cuales no es posible rehusar o acallar no más que con el argumento de que terceros son. Por caso, ¿cómo decírselo a la viuda de acá? Ciertamente que el deudor fallecido no es el beneficiario del seguro contratado; que su vida se aseguró para bien del acreedor, en este caso el Banco. ¿Quién podría negarlo ante la letra clarísima del artículo 1144 del código de comercio? De modo que sólo el Banco es titular de las consecuencias directas del seguro contratado. Pero a más de él también está indiscutiblemente interesada la viuda y los herederos, dado que las secuelas indirectas del contrato, señaladamente el no pago del seguro, le perjudica. De la suerte de aquel contrato pende y en mucho la de la sociedad conyugal que tenía con su marido fallecido. Y algo similar le acontece a los herederos. Más todavía: incluso podría ser que al beneficiario del seguro no le interese hacerlo valer –lo demuestra este proceso– porque a la vista tiene otra garantía como la hipoteca y sacará ventaja de quienes atemorizados por la pérdida de sus bienes pagarán, y hasta con prisa, o que después de todo no le duela el incumplimiento de la aseguradora cuando le ha reclamado –cosa no infrecuente porque la experiencia se ha encargado de develarlo así más de una vez–, y entonces sería exacto afirmar que no hay mayor interesada que la viuda misma...”. (subraya la Sala).

De tal suerte que es errada la postura de la jueza *a quo* de declarar falta de legitimidad por activa en lo que hace a la petición de las demandantes de solicitar la afectación de la póliza de seguros que tenía por amparo, esencialmente, la muerte de la deudora y, por cobertura, la cancelación del saldo insoluto de los créditos al momento del fallecimiento de aquella; evidentemente, el compendio normativo, jurisprudencial y probatorio – contrato de seguro – avalan la aspiración de las herederas de la desaparecida obligada a intimar a la compañía de seguros a cumplir lo que le corresponde, esto es, valerse de las pólizas para bien del beneficiario en el sentido de pagarle los préstamos.

Por tal razón, se hace necesario infirmar la declaración de ausencia de legitimidad por activa acorde a las cavilaciones que preceden y conforme lo previsto en el inciso 3º del artículo 282 del C.G.P, se adentrará la Sala en el análisis de las otras excepciones blandidas por la aseguradora.

La postura de la sociedad demandada se contrae a invocar la nulidad por reticencia – inciso 1º del artículo 1058 del C.Co – ante el ocultamiento que al momento de solicitar el seguro hizo la deudora de sus patologías de embolia y trombosis venosa profunda que, de haberlas declarado, la habrían retraído de asumir el riesgo o, hacer más costoso el producto; agrega que no le es imponible probar la mala fe de la asegurada, hacerle exámenes clínicos para corroborar el estado de salud en tanto que no es una exigencia normativa; además el nexo causal que propone el extremo activo no es el que se considera para este tipo de situaciones sino el que debe darse entre lo omitido y la incidencia en el consentimiento de la compañía de seguros.

Precisado la anterior, bueno es memorar que, al tenor de lo dispuesto 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.

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 u ocultamientos 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 que ver directamente con datos esenciales para la cabal expresión de la voluntad⁵ y garantizar un consentimiento libre de vicios, presiones, turbiedades que puedan degenerar el negocio jurídico.

En ese sentido, la reticencia o inexactitud de la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permiten establecer el estado del riesgo asegurado, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, así lo establece, el inciso 1º del artículo 1058 del C.Co⁶ y se reafirma, en el artículo 1158 ibid.⁷.

En el contrato de seguro, sobresale la buena fe respecto de la realidad del riesgo y se califica como *ubérrima bonafidei*, porque los tomadores

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sentencia **SC 5327 de 2018**, M.P Luis Alonso Rico Puerta

⁶ «El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por el asegurador, lo hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro»

⁷ «Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

o asegurados son quienes conocen las circunstancias concretas que los rodean, por lo cual, las aseguradoras están a merced de la declaración del solicitante; sin embargo, dicha situación no es óbice para que la aseguradora adopte una conducta pasiva en atención a su cariz profesional, al tenor de lo dispuesto en el Art. 1158 del Estatuto Comercial.

La H. Corte Suprema de Justicia sobre el papel de la aseguradora en este tipo relación comercial, sobre todo en lo que hace a la verificación, corroboración o constatación de la información proporcionada con el fin de determinar el riesgo asegurable y asumirlo, dijo, ***“(...) alrededor suyo, tiene dicho, gira la “potestad (...) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él”⁸. Todo, dijo en otra ocasión, “mediante i.) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos”⁹. (...) De tal modo que en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fe son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. Fundadas en el***

⁸ CSJ. Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528.

⁹ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

cuestionario o en su investigación en relación con el tomador, es como pueden asumir la determinación de no contratar o de hacerlo en condiciones más onerosas. La obligación emanada del 1058 es bifronte, cobija a las dos partes.”¹⁰.

Por tanto, el obrar de las partes debe inspirarse en la buena fe – Art. 871 C.Co y 1603 del C.C.-, esto es, desplegar una actividad sincera según el compromiso convencional y en la forma en que su par espera; es necesario agregar que para el caso particular de la aseguradora dada su posición dominante y ser la parte fuerte de la relación comercial, el entendimiento legal del artículo 1058 del C.Co en consonancia con el ensanchamiento que sobre el particular ha brindado la H. Corte Suprema de Justicia en varias decisiones – la citada anteriormente-, es la de un despliegue proactivo en punto de las atestaciones hechas por el tomador, bien sea para corroborarlas, aclararlas o desdecirlas y, con ello, abjurar el negocio jurídico o, en caso de insistir en él, replantear las condiciones.

Pasa la Sala a analizar la implicación jurídica que tiene la declaración sobre el estado de salud del asegurado en la proforma obrante en el expediente, confrontada con el deber de información que le asiste a la compañía de seguros en punto de las consecuencias de una manifestación reticente para con el producto tomado – pólizas de seguros –.

Dentro del plenario obran las pólizas de seguros de vida deudor Nos. **02 262 0000012123** y **02 261 0000013250**, tomador – beneficiario, **Banco BBVA Colombia S.A.**, asegurado, **Luz Dary Jaramillo Alarcón**, amparo básico **“...BBVA seguros de vida Colombia S.A., en adelante denominado “La Compañía”, cubre a los miembros del**

¹⁰ Sentencia **SC3791-2021** de 1° de septiembre de 2021. M.P Dr. Luis Armando Tolosa Villabona

grupo asegurado contra el riesgo de muerte por cualquier causa, incluyendo el suicidio y homicidio desde el primer día, hasta por la suma asegurada contratada para este amparo...”, teniendo como objeto de cobertura “***...el 100% del valor asegurado...***” - ver fls. 18 y 21, **carpeta digital 004Anexos.pdf. Cdno Primera Instancia** – el cual, destáquese, fue aceptado por las partes.

En lo que hace a la declaración del riesgo – Art. 1058 del C.Co.- la asegurada en este caso – contrato de adhesión, según se informó en la demanda y lo ratificó la representante legal de la demandada en el interrogatorio de parte – lo hizo manifiesto en forma provocada, en tanto que, el asegurador puso a su disposición un cuestionario – fls. 14 y 15, **carpeta digital 004Anexos.pdf. Cdno Primera Instancia** – cuyo contenido debe reflejar, como lo ha precisado la jurisprudencia vernácula, toda la información relevante en orden a adoptar la decisión de celebrar, abstenerse o establecer condiciones más onerosas frente al negocio jurídico conforme a la extensión y magnitud del riesgo que se pretende amparar.

En el *sub-examine* está comprobado que la aseguradora puso a disposición de la deudora, **Luz Dary Jaramillo Alarcón**, el cuestionario para conocer su estado de salud; nótese que los documentos obrantes a folios 14 y 15, **carpeta digital 004Anexos.pdf. Cdno Primera Instancia**, acápite “***declaración de asegurabilidad (datos sensibles)***” aparte de registrar información general de la asegurada, contiene una serie de preguntas puntuales acerca de padecimientos anteriores o vigentes, entre ellos, lo concernido a la **trombosis**, cuya respuesta según se observa en dicho formulario fue negativa; ese documento lo firmó la interesada bajo el condicionamiento de haber “***...sido informada que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho***”

a cualquier indemnización...”, amén de la atestación de la asegurada “...que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable...”.

No obstante lo anterior, el apoderado de la parte actora insiste que pese a que dicho documento lo rubricó la señora **Jarmamillo Alarcón**, el asesor del banco no le explicó el contenido, alcance, ni las consecuencias de lo avalado con su signature, simplemente la intimó a asentirlo; dice el apelante, que no hubo de parte de la demandada una indagación pormenorizada acerca del estado de salud y menos las secuelas que conllevaría ocultar o callar información al respecto.

La representante Legal de la compañía de seguros en la diligencia de interrogatorio de parte, precisó que en efecto, el aseguramiento hace parte del proceso de aprobación del crédito y que el prestatario tiene la opción de acogerse al sugerido por el prestamista o, valerse de uno de su predilección pero en todo caso, aseveró, debe tomar uno pues según circulares de la Superfinanciera es necesario amparar o cubrir la cartera del banco; eso sí, **ratificó que usualmente la póliza se comercializa a través del asesor bancario** de quien dijo, está suficientemente capacitado para tal menester; admitió que en el proceso de tramitación del crédito y la toma del seguro, en el caso particular, **no intervino en forma directa un agente o representante de la aseguradora**; indicó que **no se le hizo valoración médica a la interesada previo a concretar el seguro, pero si le solicitaron autorización para revisar la historia clínica**, a la que accedieron al momento de gestionar lo concernido al reclamo.

De otro lado, tanto las demandantes como el testigo de cargo – **Juan Antonio Cárdenas Soto** – en sus declaraciones, afirmaron al unísono que el asesor del banco, que no de la aseguradora, se limitó a hacerle firmar a la deudora una serie de formatos o formularios con espacios en

blanco, atinentes a los créditos y seguros que los amparaban y que dicha gestión tuvo lugar en la residencia de la asegurada y no en las instalaciones del banco; el testigo al ser indagado tanto por la Juez, como por el abogado del extremo activo, acerca de si la señora **Luz Dary** fue informada con detenimiento, debida y prolijamente sobre las circunstancias que rodean la declaración de aseguramiento y las consecuencias de no dar respuestas fieles a la realidad, explicó que, se limitó a hacerle firmar a la interesada tales documentos, sin detallar o asesorar con amplitud y suficiencia dicha temática.

Bajo ese panorama es claro que, si bien la señora **Luz Dary Jaramillo Alarcón** no detalló su real estado de salud – según historia clínica, registra antecedentes de miomatosis uterina, hipoglicemia, gastritis, quistes mamarios, asma y esofagitis **carpeta digital 059HistoriaclínicaCosmitet.pdf, Cdno Primera Instancia**, dolencias que no hacían parte de las descritas en las proformas – sobre todo el presunto padecimiento de trombosis venosa profunda ello en sentir de la Sala se debe, **primero** a que la entidad demandada, según la representante legal, no puso a disposición un asesor de la compañía, sino del banco – más allá que dijo estaban preparados para informar y explicar el producto con holgura, ninguna prueba sobre el particular se arrió para corroborar esa afirmación – quien además, según versión de las actoras y el testigo, fue hasta la casa de la asegurada a hacerle firmar en blanco varios documentos, entre ellos, la declaración de asegurabilidad sin entrar en el detalle riguroso y necesario del seguro y las consecuencias de la reticencia; **segundo** porque tal como lo manifestaron en forma franca, explícita y sin vaguedades y, se reitera, las demandantes y el testigo **Cárdenas Soto**, la compañía de seguros faltó al deber de información sobre el aseguramiento, en lo que hace a las consecuencias legales por omitir información clave para la asunción del riesgo, v.g., la salubridad del interesado, no puede perderse de vista

que, según el contexto probatorio, el propósito era la obtención de dos créditos y, por exigencia del Banco, media la obligación de tomar el seguro de vida objeto de esta acción con el fin de dar garantía de solución a la prestación.

Como **tercer** punto no menos relevante, aun aceptando la tesis de la omisión, ocultamiento o reticencia del antecedente de **trombosis venosa profunda** que se dice afectó a la asegurada, la historia clínica que allegó el extremo pasivo en la contestación de la demanda, permite aceptar que la señora **Jaramillo Alarcón** tenía el convencimiento de no haber padecido, ni padecer tal enfermedad; en efecto, a juzgar por los reportes médicos sobre el particular se anotó que la paciente estuvo en TAO – tratamiento anticoagulante oral – desde abril de 2019 – fl. 249, **carpeta digital 019ContestaciónDemandaBBVAsegurosvida.pdf. Cdno Primera Instancia** – por **trombosis venosa profunda**, sin embargo, para **septiembre 13 de 2019** se dejó expresa anotación de la falta de valoración por el especialista – vascular – ya que los controles por esa situación eran desplegados por médicos generales o enfermeros – ver, fl. 274, **carpeta digital 019ContestaciónDemandaBBVAsegurosvida.pdf. Cdno Primera Instancia** –.

Es más, en la atención por urgencia del **16 de agosto de 2019** se le realizó a la paciente un examen de imagenología tipo **Doppler** que arrojó como resultado según transcripción en la HC “**...HALLAZGOS: Se realiza estudio del eje venoso profundo con el diagnóstico presuntivo de TVP...**” llegando a la nítida conclusión de “**...NO SE OBSERVAN SIGNOS EVIDENTES DE TVP...**”, razón por la cual, entiende la Sala, el médico cirujano vascular Dr. **Fabio Alejandro Sánchez**, posteriormente, dispone la conclusión de los controles de respectivos “**...debido a que actualmente no es paciente**

anticoagulada...”. – fls. 223, 225, 229 carpeta digital 019ContestaciónDemandaBBVAsegurosvida.pdf. Cdno Primera Instancia –.

En las anteriores condiciones es perfectamente posible que **Luz Dary Jaramillo Alarcón**, tuviese el convencimiento de no haber padecido la patología de la que se vale la aseguradora para alegar reticencia – trombosis venosa profunda – en tanto que, en la misma historia clínica no se hace una atestación categórica sobre el particular, máxime que, a la postre, a raíz de exámenes especializados y fruto de la valoración por facultativo idóneo se descartó esa dolencia, lo que, recálquese, razonablemente, genera la creencia de no tener esa afección.

Súmese que, la anotación en las proformas aportadas al expediente y que se contemplan en los folios 14 y 15, **carpeta digital 004Anexos.pdf. Cdno Primera Instancia** concernida a haber ***“...sido informada que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización...”*** amén de ***“...que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable...”***, no se aviene a la realidad material, pues tal como se extrae de la prueba aportada en el asunto - documental, declaraciones a instancia de las partes y testifical – la asegurada se limitó a firmar en blanco lo que era indicado por el emisario del banco sin que le fuera explicitado con amplitud y detenimiento, al menos lo atañadero a los seguros, esa negociación; en tal situación refulge paladino la inobservancia de la compañía de seguros a los explícitos mandatos previstos en el literal c) del numeral 3º, literal b) del artículo 5 y literales b) y f) del artículo 7º de la Ley 1328 de 2009 que, por supuesto, redundan en no hacerle oponible al asegurado el fenómeno de la reticencia alegado por la aseguradora.

Por lo anterior, se evidencia carencia de asesoramiento por parte del asegurador porque no basta con poner a disposición proformas con información general, vaga y, por sobretodo, sin la debida explicación al más alto grado de detalle para el efecto de la producción de la nulidad relativa por reticencia, se itera, la compañía de seguros no brindó al asegurado una información amplia, precisa y adecuada en punto del contrato que se estaba perfeccionando a juzgar por las probanzas arriba anotadas; reitérese, las actoras y el testigo declararon que a la señora **Jaramillo Alarcón** en ningún momento le explicaron los pormenores de la póliza, el tipo de producto, ni menos se le indagó sobre el estado de salud o si tenía alguna patología base en ese momento, tampoco le pusieron de presente sobre las consecuencias de omitir su real estado de salud, se limitaron a hacerle firmar toda la documentación que el banco requería para el perfeccionamiento del crédito, entre ellos los seguros de vida.

Sobre esta situación – incumplimiento al deber de información del seguro- la jurisprudencia ha puntualizado que con ello se busca equilibrar la relación entre los contratantes, a partir de un imperativo que emana del artículo 1058 del C.Co., en el que si bien se intima al tomador del seguro a obrar con sinceridad en la declaración necesaria para la evaluación del riesgo, también está la obligación para el asegurador de producir un acto simétrico, cual es, el de informar, asesorar, acompañar e ilustrar con suficiencia al potencial asegurado en lo que concierne al negocio jurídico de interés, sobre todo, en aquella sanción que la ley castiga con nulidad relativa – inexactitud o reticencia-, en la medida en que el consentimiento como elemento fundamental para la existencia del contrato está ligado a la claridad de la información contenida en el respectivo negocio, es decir, conocer qué es lo que se contrata y para qué, al punto que el acuerdo al que se llega tenga la virtud de **“...constituir, regular o extinguir entre ellas una relación jurídica patrimonial,... ”** – Art. 864 C.Co.

Así, el deber de información exigible a la compañía de seguros en un asunto de este linaje, lo ha precisado la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la H. Corte Suprema de Justicia, en los siguientes términos:

*“..., razón por la que, con prescindencia de la declaración de ciencia del asegurado, **debe asesorar e informar al tomador de todas las circunstancias que conoce dado su profesionalismo y puedan orientar la voluntad de aquél, en el entendimiento de que de cualquier manera cuenta con la posibilidad de realizar investigaciones tendientes a determinar el verdadero estado del riesgo; al depositar su confianza en el tomador puede motu proprio, aunque sin estar obligado a ello, entrar en indagaciones para “mejor proveer, si así lo estima aconsejable ...”.***¹¹

Recientemente, respecto al deber de información, nuestro órgano de cierre puntualizó:

“ ... que en materia aseguraticia las diferentes fases de los pactos se rigen por el principio de la buena fe en sus distintas expresiones, en especial el deber de información catalogado por la doctrina como un deber o regla secundaria de conducta, que en estos casos impone a las entidades vigiladas brindar al otro contratante como consumidor de los servicios por ellas ofrecidos información «cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas» (lit. c, art. 3. L. 1328 de 2009), y en su calidad de predisponentes en los contratos de adhesión, informar «suficiente, anticipada y

¹¹ Sala Civil, Corte Suprema de Justicia de 11 de abril de 2002 Exp. 11001-31-03-022-1997-04528-01

expresamente al adherente sobre la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales», y particularmente, en los contratos de seguro, le impone al asegurador el deber de hacer «entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías...»¹² (subraya la Sala).

Teniendo en cuenta lo esbozado, es claro que la aseguradora inobservó el deber de información en el **sub-lite** como quiera que, según las pruebas recaudadas— declaración de parte de la representante legal de la compañía, de las demandantes y la versión del testimonio de cargo — se conminó a la asegurada – **Luz Dary Jaramillo Alarcón** – a firmar la documentación que se le entregó sin recabar en la minucia y contenido del contrato, particularmente, en lo que hace a las **consecuencias** de una inexacta o reticente información, no se le indagó realmente sobre el estado de salud, es decir, la compañía no ejerció la potestad legal para concretar y determinar el riesgo asegurable y aun así cristalizó el contrato de seguro, amén que, tal como se discurrió a espacio líneas atrás, en la situación de la interesada era viable asentir sobre la no afectación por trombosis venosa profunda.

Agréguese, en el documento intitulado **“solicitud / certificado individual de seguro de vida grupo deudores consumo y comercial”** la adquirente de la póliza autorizó expresamente a la compañía de seguros a consultar información relacionada con el estado de salud – fls. 14 y 15, **carpeta digital 004Anexos.pdf, Cdo Primera Instancia** – situación que corroboró la representante legal en el interrogatorio de parte, luego entonces, en el modo de ver la Sala el asunto, la demandada en su condición de profesional en el ramo asegurador tuvo la oportunidad de establecer a través de la indagación

¹² Sentencia **SC1301-2022** del 12 de mayo de 2022. Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

de la HC la real situación médica de la asegurada y así determinar el nivel de riesgo que asumía ya para abstraerse del mismo o, de ampararlo, hacerlo más oneroso; en ese sentido, cobra vigor para este caso la admonición del inciso final del artículo 1058 del C.Co., acerca de no imponer la sanción por reticencia ***“...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,...”***.

Del acervo probatorio, se advierte que la señora **Jaramillo Alarcón** no omitió información acerca de su estado de salud, nótese que tanto el extremo activo como la aseguradora, afirman que aquella se limitó a firmar la solicitud de póliza de seguro donde está inscrita la declaración de asegurabilidad, además, tan ligero proceder quedó corroborado con la declaración de la representante legal de la compañía, la de las demandantes y el testimonio de **Juan Antonio Cárdenas Soto**, lo que conlleva a concluir que por parte de la aseguradora no se suministró la información suficiente respecto a las condiciones del riesgo, las consecuencias de no decir la verdad sobre el riesgo asegurado y, por ende, esa desidia no puede ser alegada a favor de la entidad aseguradora al pretender que se declare la nulidad relativa.

Útil resulta memorar lo afirmado por el Superior, al señalar que el deber de información resulta más riguroso y exigible a aquella parte contractual que por su experiencia y conocimiento en el segmento en el que se desenvuelva tiene mayor peso y protagonismo en el negocio jurídico, para el caso, la compañía de seguros quien es la que posee no solamente el conocimiento sino la capacidad para ofrecer la claridad necesaria en torno al producto solicitado. La Corte explicó:

“... El deber de información se exige en mayor grado al contratante que por sus calidades tiene el conocimiento de las circunstancias relevantes del acto jurídico, relacionadas con el alcance de las

obligaciones, efectos y riesgos asumidos, información de la que la otra parte carece; por lo mismo, el primero, se constituye en el «deudor informado» y tiene el deber de transmitírsela al otro, que, a su vez, como profano, se torna «acreedor» de recibirla de forma completa, veraz y oportuna. De ahí que el obligado a la información, «debe suministrarla objetivamente» y solo el «anoticiamiento completo, adecuado y veraz, constituye el contenido de la obligación al que aspira ver cumplido el acreedor y que debe ser proporcionado desde el periodo precontractual hasta la etapa de ejecución.»¹³

A tono con lo señalado, la Sala concluye que no procede la declaración de nulidad relativa a raíz de la no contaminación del consentimiento de la aseguradora porque ***i)*** la declaración de asegurabilidad fue firmada con espacios en blanco a petición del asesor bancario, según las pruebas señaladas antes; ***ii)*** no medió un profundo, meticoloso y exhaustivo deber de información y elucidación por parte de la aseguradora en punto del producto tomado y las secuelas de callar la realidad del estado de salud; ***iii)*** la asegurada dio autorización para averiguar su historia clínica y pese a tal permisión, la compañía de seguros no se valió de tal potestad para sondear el estado del riesgo que asumió y ***iv)*** por las particularidades de la sintomatología reportadas en la historia clínica adjunta a este proceso, era dable tener el convencimiento de no padecimiento de trombosis venosa profunda; de modo que, dichas circunstancias purgan cualquier vicio que se pretenda achacar al negocio jurídico y sus efectos posteriores; está probado que en el *sub-examine* **BBVA Seguros de Vida S.A.**, ha ***“...debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”*** – Inciso final art 1058 C.Co.-, lo que

¹³ Sentencia **SC5430-2021** del 7 de diciembre de 2021. M.P. Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque

inhabilita a voces de la norma mercantil en mención la sanción solicitada por el extremo pasivo.

En consecuencia, no puede predicarse la nulidad relativa como lo indicó la aseguradora lo que de contera lleva por sustracción de materia a desestimar las excepciones denominadas ***“inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual”, “la acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro”, “BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia de los contratos de seguro”***, en tanto que, distinto a lo propuesto por este extremo de la relación procesal, la falta de diligencia por parte de la aseguradora en su deber de información y averiguación para con la situación de la asegurada, sumado al convencimiento justificado de no padecer la enfermedad que le sirvió de puntal para objetar la reclamación – trombosis venosa profunda – se encauzan para desechar la reticencia planteada y lo que de ella pende.

De modo que, en tanto se probó la existencia de los seguros – pólizas Nos. **02 262 0000012123 y 02 261 0000013250** –, incumplimiento contractual por la aseguradora – no pago de los seguros para saldar sendos créditos insolutos –, perjuicio, consistente en la ejecución que actualmente soportan las demandantes con auto de que trata el inciso 2º del artículo 440 del C.G.P., y nexo causal a raíz de la persecución judicial que afrontan las actoras que se explica por el no pago de los créditos por la aseguradora pese a consumarse y probarse el siniestro – deceso de la deudora –, elementos estos que dan pie al éxito de la acción civil que se analiza cuya secuela será determinada a renglón seguido.

En sincronía con lo antes plasmado, la Sala accederá a las pretensiones de la demanda, esto es, dispondrá que la compañía de seguros, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, reconozca y pague el valor contenido en las pólizas de vida deudor Nos. **02 262 0000012123 y 02 261 0000013250** al **beneficiario de las mismas**, para lo cual, deberá sujetarse en lo que hace a valores, coberturas y **receptor del pago a las condiciones establecidas en los contratos en mención**; igualmente, deberá pagar los intereses moratorios en la forma indicada en el inciso primero del artículo 1080 del C.Co, es decir, a partir del **23 de marzo de 2021** – mes posterior a la reclamación – hasta cuando se produzca el pago de los seguros con la advertencia que dicho dinero tendrá como destinatario el beneficiario de las pólizas en orden a saldar los créditos insolutos.

En mérito de lo expuesto, esta Sala Civil de Decisión del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, Administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: REVOCAR la sentencia N° 186 del 11 de julio de 2024 proferida por el Juzgado Dieciocho Civil del Circuito de Cali, de conformidad con los argumentos antes consignados.

SEGUNDO: Como consecuencia de lo anterior se acceden a las pretensiones de la demanda; por tal razón, se ordena a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, reconozca y pague el valor contenido en las pólizas de vida deudor Nos. **02 262 0000012123 y 02 261 0000013250** al **beneficiario de las mismas**, para lo cual, deberá sujetarse en lo que hace a valores, coberturas y **receptor del pago a las condiciones establecidas en los contratos en mención**;

igualmente, deberá pagar los intereses moratorios en la forma indicada en el inciso primero del artículo 1080 del C.Co, a partir del **23 de marzo de 2021** – mes posterior a la reclamación – hasta cuando se produzca el pago de los seguros con la advertencia que dicho dinero tendrá como destinatario el beneficiario de las pólizas en orden a saldar los créditos insolutos.

TERCERO: CONDENAR en costas de ambas instancias a la demandada según lo previsto en el numeral 4º del artículo 365 del C.G.P. Señálese como agencias en derecho en esta instancia la suma de **\$ 3.000.000.00.**

CUARTO: Devolver el expediente al despacho de origen.

NOTIFÍQUESE.



HERNANDO RODRÍGUEZ MESA

Magistrado Ponente



CARLOS ALBERTO ROMERO SÁNCHEZ

Magistrado



HOMERO MORA INSUASTY

Magistrado