

Radicado. 68001-31-03-011-2021-00276-01.

Proceso de responsabilidad civil contractual - Apelación sentencia.

Demandante: BLANCA MYRIAM PARRA MORENO.

Demandados: BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A.

No. interno: 150/2023.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL



TRIBUNAL SUPERIOR

DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA

SALA CIVIL FAMILIA

Magistrado ponente: Doctor JOSÉ MAURICIO MARÍN MORA.

Bucaramanga, veintiuno de mayo de dos mil veinticuatro.

(Proyecto discutido y aprobado en Sala virtual de la fecha).

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la vocera judicial de la demandante BLANCA MYRIAM PARRA MORENO contra la sentencia proferida en audiencia del 22 de febrero de 2023 por el Juez Once Civil del Circuito de Bucaramanga.

ANTECEDENTES

El proceso que nos detiene se originó en la demanda formulada por conducto de apoderada por BLANCA MYRIAM PARRA MORENO frente al BANCO BILBAO VIZACYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A., en adelante

BBVA COLOMBIA S.A., y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pretendiendo que, tras declarar la responsabilidad de los demandados, se les condene a pagarle solidariamente el valor insoluto y los intereses de mora para cubrir las obligaciones que adquirió con dicho Banco con radicados 00130158009613370145 y 00130158009616278931, por las sumas de ciento cincuenta y cuatro millones setecientos noventa y un mil ochocientos veintidós pesos con ochenta centavos (\$154.791.822.80) y ciento noventa y tres millones quinientos setenta y siete mil ochocientos veintiocho pesos con noventa y dos centavos (\$193.577.828.92), respectivamente, como consecuencia de la aplicación de las pólizas de seguro de vida por el amparo de incapacidad total y permanente No. VGDB-250 02 105 0000058908 emitida el 28 de agosto de 2018 y VGDB-255 02 121 0000021631 expedida el 28 de mayo de 2019, que contrató con la citada aseguradora para garantizar el cumplimiento de los señalados créditos. Solicitó, además que, se ordene a las entidades accionadas devolverle las cuotas de los créditos que ella canceló desde el 28 de enero de 2021, fecha en que le fue dictaminada su incapacidad total y permanente, junto con los intereses moratorios, hasta que se haga efectiva la restitución.

Los hechos de la demanda se resumen como siguen:

- 1.** BLANCA MYRIAM PARRA MORENO suscribió con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. póliza de seguro de vida VGDB-250 No. 02 105 0000058908 emitida el 28 de agosto de 2018, para respaldar la obligación No. 00130158009613370145 adquirida con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
- 2.** También, tomó con la misma aseguradora la póliza de seguro de vida VGDB-255 No. 02 121 0000021631 expedida el 28 de mayo de 2019, para garantizar el cumplimiento de la obligación 00130158009616278931 asumida con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

3. El 28 de enero de 2021, en vigencia de los contratos de seguros mencionados, la acá actora fue calificada por la U.T. Red Integrada Foscil con un porcentaje del noventa y ocho por ciento (98%) de pérdida de capacidad laboral, motivo por el cual presentó ante sociedades demandadas solicitud de reclamación para el reconocimiento y pago de los amparos contratados.

4. El BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objetaron la reclamación aduciendo reticencia de la tomadora al diligenciar la declaración de asegurabilidad de las pólizas de vida deudores, al omitir indicar que sufría de hipotiroidismo; afección esta que, no fue la causa eficiente de su pérdida de capacidad laboral, misma que deviene de la enfermedad cerebral que padece.

5. Ante la Notaría Quinta de Bucaramanga se formuló pedimento de conciliación frente a los entes aquí demandados, que no comparecieron en la fecha y hora programada para la diligencia.

Una vez subsanada, la demanda se admitió por auto del 16 de noviembre de 2021.

El demandado BBVA COLOMBIA S.A., asistido de abogada, replicó el libelo inicial, oponiéndose a las súplicas perseguidas, planteando las excepciones de mérito de: (i) *"INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL A CARGO DEL BANCO BBVA COLOMBIA S.A."*; (ii) *"CARENCIA ABSOLUTA DEL BANCO BBVA COLOMBIA S.A., PARA CANCELAR LA PÓLIZA CONTRATADA"*; (iii) *"CUMPLIMIENTO LEGAL Y CONTRACTUAL DEL BANCO BBVA COLOMBIA S.A."* y (iv) *"EXCEPCIÓN GENÉRICA O INNOMINADA."*

El accionado BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., valido de apoderado, se opuso a las pretensiones de la demandante, proponiendo como excepciones de fondo principales: (i) *"FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA PARA PROMOVER LA PRESENTE*

DEMANDA"; (ii) *"NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO"*; (iii) *"INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL"*; (iv) *"LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO"*; (v) *"BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO"*; (vi) *"PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO"*; (vii) *"GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS"*. Y, como medios de defensa subsidiarios invocó los siguientes: (i) *"EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO"*; (ii) *"EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN"*; y (iii) *"EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA."* Igualmente, objetó el juramento estimatorio.

Al dictar fallo el Juez a quo negó el petitum de la demanda, declarando probada la excepción de mérito de *"INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL A CARGO DEL BANCO BBVA COLOMBIA S.A."*, luego de anotar que, el llamado a cubrir el pago del riesgo asegurado en las pólizas contratadas no es el Banco BBVA sino la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., quien aceptó la configuración del riesgo y dispuso el desembolso para cubrir la obligación amparada, dado que, el Banco solo actúa como mero receptor del monto asegurado. Así mismo, acogió el instrumento exceptivo de *"NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO"*, apuntando que, se encuentra probado que la demandante no consignó su verdadero estado de salud en las declaraciones de asegurabilidad, en la medida que omitió advertir sobre la patología de hipotiroidismo que le fue diagnosticada con anterioridad a cuando diligenció los formatos y que conocía plenamente, viciando de esa manera el consentimiento de la aseguradora respecto a la calificación del estado de riesgo, aspecto que guarda relación con la voluntad para contratar y el valor de la prima pactada con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Inconforme con tal providencia, la parte accionante la apeló por intermedio de su vocera para que se revoque y se acceda, en su lugar, a las pretensiones rogadas, blandiendo como reparos, con sujeción a lo expuesto ante el despacho competente y en la sustentación vertida en segundo grado en escrito remitido por correo electrónico del 10 de marzo de 2023, los que siguen:

El funcionario de primer nivel realizó una indebida valoración probatoria al señalar que el hipotiroidismo fue diagnosticado con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro entre las partes, sin tener en cuenta que, en la historia clínica se aprecia que tal diagnóstico se emitió el 6 de junio de 2018 y la declaratoria de asegurabilidad se firmó el 16 de mayo de 2018, tal y como lo afirmó la propia aseguradora demandada en el escrito de objeción a la reclamación; sin que sea dable aseverar que el diagnóstico emitido el 6 de abril de 2018 resultó definitivo, pues, según se expuso por el médico al rendir testimonio, se trató de una primera impresión diagnóstica que requería de exámenes especializados para establecer ese padecimiento. Recabó que, *"no se logró probar y/o demostrar que la patología sufrida con anterioridad al diagnóstico, fuese la causa eficiente para la generación de la incapacidad y que ella fuese óbice para que su consentimiento fuese viciado; puesto que la señora Blanca Myriam llega a un proceso de calificación por pérdida de capacidad laboral, a raíz del accidente cerebro vascular que padeció, quedando probado que no tuvo nada que ver el hipotiroidismo en el desarrollo del ACV accidente cerebro cardiovascular, es decir se logró establecer por los médicos traídos al proceso en calidad de testigos, que no hubo relación entre la generación de las aneurismas, es decir del accidente cerebro vascular y el hipotiroidismo."*

La exención de responsabilidad del BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es equivocada, *"puesto que, al concederse las pretensiones de la demanda, es el BANCO, quien deberá devolver a la demandante, los valores que ella ha pagado mes a mes, desde el día que fue decretada la incapacidad total y permanente es decir desde el día 28 del mes de enero del año 2021 y hasta la fecha; por ser el*

Banco BBVA Colombia, quien ha recibido los pago; es decir deberá retornar los dineros que la Demandante ha pagado."

En el fallo nada se analizó en torno al hecho quinto de la demanda, referente a la inasistencia de los demandados a la audiencia de conciliación extrajudicial del 11 de junio de 2021, pese a haberse reiterado y pedido en memorial del 22 de abril de 2022 la imposición de las sanciones contempladas por la ley por tal ausencia.

En el término de traslado el mandatario de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. deprecó confirmar el proveído impugnado, arguyendo que, está acreditada la nulidad relativa de los contratos de seguro de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, ya que, *"el hipotiroidismo, enfermedad que omitió declarar la señora Parra en ambas declaraciones, tuvo una contribución del 25% en la calificación de pérdida de capacidad laboral de la asegurada, por lo que es claro no solo que esta tuvo gran relación con su estado de invalidez, sino que, fue de tal magnitud que al tener injerencia en la calificación, es claro que era relevante para la Compañía y no declararla los días 16 de mayo de 2018 y 11 de abril de 2019 genera como única consecuencia la nulidad relativa del contrato"*. Insistió que, no existe obligación legal por parte de la aseguradora para exigir o practicar exámenes médicos a los asegurados con anterioridad a la celebración de los contratos de seguro, a más que, *"la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia."*

A su vez, el abogado de BBVA COLOMBIA S.A. pidió mantener la decisión de primer nivel, aduciendo que los reproches esgrimidos por la parte discorde en nada refutan el colofón allí consignado.

CONSIDERACIONES

Se advierte que, la función colegida que nos reúne se circunscribirá al examen y definición de las concretas argumentaciones expuestas por la

apoderada de la parte censora al sustentar la alzada, conforme a los artículos 322, 327 y 328 del Código General del Proceso, acto que delimita la competencia del superior, porque estamos en presencia de parte apelante única.

En tal dirección, al abordar el estudio del actual caso, se sabe que, el artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, por lo que la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Así, cobra capital significación el principio de la buena fe contractual, que debe orientar los actos jurídicos en lo comercial, a voces del artículo 871 del estatuto mercantil. Por ello, en la llamada etapa de acercamientos negociales, el tomador como principal obligación, debe declarar de forma sincera el estado y condiciones del riesgo que va a ser trasladado a la compañía aseguradora con la que busca suscribir un contrato de seguro. Tal exigencia, de no observarse de modo condigno, se revierte en su contra, puesto que, debe honrar la carga de declarar con veracidad las cuestiones en mención, como su situación real de salud.

Acerca del tema, de antaño la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterada y uniforme. A título de ejemplo, en sentencia del 19 de mayo de 1999, Magistrado ponente José Fernando Ramírez Gómez, explicó que, lo exigido por el artículo 1058 del Código de Comercio es lealtad y buena fe como un postulado de doble vía, que se expresa en una información recíproca: el tomador y/o asegurado debe ofrecer al asegurador todos los elementos de juicio que para éste resulten necesarios para decidir si asume o no el riesgo, y a su turno el asegurador debe asesorar e informar al tomador de todas las

circunstancias que conoce, dado su profesionalismo, y puedan orientar la voluntad de aquél.

Por igual, en sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, la misma Corte precisó que, el artículo 1058 de la codificación mercantil, *"consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia. (...) Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio. (...) No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exija el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cuál es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia». Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta."*

En el contexto que se examina para obtener del tomador y/o asegurado la declaración del estado del riesgo, las sociedades que hacen parte del sector asegurador han optado por elaborar un cuestionario, conocido como declaración de asegurabilidad, aunque, también, es posible dejarlo en libertad para que espontáneamente declare el punto en comento de cara a un formato genérico, dadas la buena fe y lealtad con que le incumbe obrar, se reitera.

Por consiguiente, en lo atañedor a la declaración de asegurabilidad, el tomador y/o asegurado debe declarar con absoluta sinceridad, exactitud

y buena fe el estado del riesgo, como elemento esencial del contrato de seguro a celebrar, puesto que, si no se comporta así frente a esa obligación, de suyo ineludible y forzosa, se genera la secuela que el artículo 1058 del Código de Comercio consagra, consistente en la nulidad relativa del contrato, como ya se dijo.

En lo referente a la conducta que debe asumir el tomador y/o asegurado al hacer la aludida declaración a fin de que no se configure reticencia o inexactitud, la alta Corporación ya citada en sentencia del 1 de junio de 2007, Magistrada ponente Ruth Marina Díaz Rueda, anotó: *"Del referido texto legal se puede deducir lo siguiente: (1) Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración, ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas; (2) No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz; y, (3) Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro."*

En definitiva, si en la etapa precontractual o de formación del contrato de seguro el tomador y/o asegurado incurre en la tan aludida reticencia, la entidad aseguradora podrá objetar la reclamación que el beneficiario presente para obtener el pago de la indemnización del seguro en la modalidad que corresponda. A su vez, si pese a la formulación de dicho reparo, el beneficiario del seguro opta por impetrar demanda judicial en pos de esa finalidad, la compañía de seguros bien puede alegar, a título de excepción perentoria en el proceso de que se trate, la nulidad relativa del contrato, con sustentáculo en el suceso de la inexactitud de que se viene hablando

En torno al tópico analizado, en sentencia del 16 de diciembre de 2016 la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, Magistrado ponente Álvaro Fernando García Restrepo, apuntó que: *"Si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro, por aplicación del mandato contenido en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio. De lo anterior se sigue que, no se configuró la primera hipótesis exceptiva fijada en el inciso 4º del comentado artículo 1058 del Código de Comercio, esto es, que la empresa aseguradora, antes de la celebración del contrato, hubiese "conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración", previsión que no tiene el alcance de atribuirle a ella, como deber, el de constatar, en todos los casos, la veracidad de la declaración de asegurabilidad y, mucho menos, el de impedir que se consolide la sanción de nulidad relativa del contrato, cuando el asegurador no actúa de esa forma."*

De manera que, con fundamento en el marco normativo y jurisprudencial referido, el Tribunal con respaldo en las pruebas que militan en el plenario constata que, una vez se presentó por la actora BLANCA MYRIAM PARRA MORENO el reclamo tendiente a lograr el pago indemnizatorio de las pólizas, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. lo objetó mediante

oficios del 18 de marzo de 2021¹, sosteniendo que, de acuerdo a su historia clínica desde el 6 de junio de 2018 reportaba diagnóstico de hipotiroidismo, patología que no fue informada en ninguna de las declaraciones de asegurabilidad contenidas en la solicitudes de seguro.

De modo que, por la línea que se trae, la Sala pasa a escrutar cada una de las pólizas de seguro por separado en lo tocante a las circunstancias fácticas que rodearon el diligenciamiento de las respectivas declaraciones de asegurabilidad.

Al punto, frente a la póliza No. VGDB-255 02 121 0000021631 emitida el 28 de mayo de 2019 y que fue suscrita para garantizar la obligación 00130158009616278931, obsérvese que, la tomadora BLANCA MYRIAM PARRA MORENO al diligenciar el 11 de abril de 2019 la declaración de asegurabilidad contenida en el formulario de solicitud individual², respondió NO a todas las preguntas sobre el padecimiento o tratamiento de las enfermedades allí enlistadas, incluso, al interrogante de si "*¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?*", contestó: No.

Por ende, para esta colegiatura la conducta así asumida por la prenombrada estructura una irrefragable reticencia de su parte al abstenerse de declarar con sinceridad su verdadero estado de salud, que, al contrastarlo con su historia clínica expedida por la UT Red Integrada Foscal - CUB³, muestra que le era por completo conocido de tiempo atrás, a lo menos desde el mes de junio del año 2018, según lo acredita la atención recibida en consulta del día 6 de ese mes y año⁴, ya que, había sido diagnosticada con la patología de "*Hipotiroidismo, no especificado*", misma que, no reportó en el cuestionario formulado por la compañía aseguradora, que al respecto obró con apego a la ley brindándole la información necesaria y suficiente para ilustrarla en debida forma, sin que esto último fuera desvirtuado por la parte promotora y recurrente.

¹ Folios 72 – 75, archivo 010, cuaderno primera instancia.

² Folio 65, archivo 010, cuaderno primera instancia.

³ Archivo 018, cuaderno primera instancia.

⁴ Folios 52 – 53, archivo 018, cuaderno primera instancia.

Repárese que, a más de la cita ya referida, en su historia clínica aparecen las consultas médicas que tuvo como paciente los días 15 de agosto, 11 de septiembre de 2018 y 11 de febrero de 2019, en las que se reiteró el diagnóstico dado, así como el tratamiento prescrito con "*levotiroxina 75mg*" y "*dieta hiposódica.*"⁵ Significa que, a no dudarlo, se halla demostrado que BLANCA MYRIAM PARRA MORENO estaba plenamente enterada y consciente de esa afección, con mayor razón si en cuenta se tiene la cercanía temporal entre la atención del 11 de febrero de 2019 y la fecha en que diligenció la declaración de asegurabilidad el 11 de abril de 2019. De hecho, se destaca que, posterior a esa calenda continuó consultando al médico por dolencias relacionadas con la misma enfermedad, tal y como se desprende de las consultas realizadas el 16 de mayo, 29 de julio y 27 de septiembre de 2019.⁶

Nótese que, en adición a lo antes precisado, al absolver interrogatorio la accionante reconoció, sin señalar una fecha concreta, que fue diagnosticada con hipotiroidismo en el año 2019, formulándole fármacos para su tratamiento. Y, al ser inquirida sobre la omisión de consignar tal patología en la declaración de asegurabilidad, respondió sin vacilación que: "*No la colocamos porque no parecía importante.*"

Con relación al tema tratado, se acentúa por el Tribunal una cuestión de trascendencia para el asunto que nos congrega: De conformidad con el formato de asegurabilidad, la asegurada BLANCA MYRIAM PARRA MORENO manifestó ser de profesión docente, lo cual denota que, su formación intelectual y cultural le permitía comprender el alcance del documento.

En consecuencia, la Sala determina que, acorde como se dilucidó en la providencia de primer grado, en el actual asunto se configura la nulidad relativa del contrato de seguro a que se contrae la póliza No. VGDB-255

⁵ Ver folios 54 - 55, 57 - 58 y 61 - 62, archivo 018, cuaderno primera instancia.

⁶ Ver folios 64 - 64, 65 - 66 y 67 - 68, archivo 018, cuaderno primera instancia.

02 121 0000021631 emitida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el 28 de mayo de 2019 y que fue suscrita para garantizar la obligación 00130158009616278931, adquirida por la asegurada BLANCA MYRIAM PARRA MORENO como deudora del BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Deviene así que, por la arista esclarecida el disenso vertical fracasa.

Prosiguiendo con la labor que reúne a la Sala en lo concerniente al análisis de las disquisiciones en que se apoya la alzada de la parte actora, se verifica que, no es correcto el corolario al que llegó el Juez a quo al declarar que, el contrato de seguro distinguido con la póliza VGDB-250 02 105 0000058908 expedida el 28 de agosto de 2018 para garantizar la obligación 00130158009613370145, está afectado de nulidad relativa, toda vez que, el examen condigno y en conjunto de los elementos de pruebas recaudados conduce a descartar que la asegurada BLANCA MYRIAM PARRA MORENO incurriera en reticencia o inexactitud al declarar su estado de salud. Veámoslo.

El problema jurídico que debe elucidarse al respecto estriba en definir si la predicha asegurada, acá demandante, conocía que padecía de hipotiroidismo al diligenciar la declaración de asegurabilidad de la aludida póliza. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. arguye que sí, alegando que, consta en la historia clínica de aquella que en consulta médica del 6 de abril de 2018 el galeno tratante emitió el diagnóstico secundario de "*Hipotiroidismo, no especificado*", lo cual antecede al 16 de mayo de 2018, fecha en que se diligenció tal documento. A su turno, la actora e impugnante aduce a través de su mandataria que, el diagnóstico del 6 de abril de 2018 no era definitivo, porque no le habían practicado a la paciente los exámenes médicos indispensables para corroborar el hipotiroidismo; añadiendo que, el diagnóstico final sobre esa patología data del 6 de junio 2018, esto es, con posterioridad a la fecha en que la asegurada confeccionó la declaración de asegurabilidad.

En esa dirección, se aborda por el Tribunal la valoración de las pruebas que siguen: (i) El 6 de abril de 2018 BLANCA MYRIAM PARRA MORENO fue atendida por medicina general, registrando la historia clínica como motivo de consulta: "*TENGO COTO*", y a modo de análisis clínico: "*PACIENTE CON BOCIO ASOCIADO A DISFAGIA, DISFONIA (sic) OCASIONAL, REFIERE SENSACION (sic) DE FLUSHING FACIAL OCASIONAL, DETERIOR CALSE (sic) FUNCIONAL, CONSIDERO TOMA DE PERFIL TIROIDEO Y ECOGRAFÍA DE TIROIDES REVALORACION (sic) CON RESULTAD (sic).*" Y, como diagnóstico principal se indicó: "*E040 Bocio difuso no tóxico*" y secundario "*E039 Hipotiroidismo, no especificado*", prescribiéndose los exámenes de: "*ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS*", "*HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES*" y "*tiroxina libre*". (ii) El 16 de mayo de 2018 la aquí accionante, obrando como asegurada, diligenció el formulario de solicitud de seguro de vida grupo deudores que contenía la declaración de asegurabilidad, marcando NO frente a todos interrogantes sobre si sufría de alguna enfermedad o incapacidad, incluida la pregunta referente al padecimiento de enfermedades distintas a las enlistadas.⁸

De manera que, el estudio bajo las reglas de la sana crítica y concatenada de los documentos anteriores y de los demás medios demostrativos incorporados al expediente, enseña a la Corporación que, la ya señalada patología solo fue definida y ratificada a BLANCA MYRIAM PARRA MORENO en la cita del 6 de junio de 2018, cuando con los resultados de los exámenes realizados el médico general que la atendió emitió el diagnóstico principal de "*Hipotiroidismo, no especificado*" con la observación de "*CONFIRMADO NUEVO*".

En la aludida oportunidad se plasmó en la historia clínica como enfermedad actual: "*PACIENTE DE 57 AÑÓS (sic) QUIEN CONSULTA PARA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO DEL 30/05/18 T4 LIBRE. 0.79, TSH: 12.17, ECOGRAFIA (sic) DE TIROIDES DEL 25/05/18 BOCIO DIFUSO CON ALTERACION (sic) DE LA ECOESTRUCTURA DE LA GLANDULA (sic) TIEODES (sic), HALLAZGO QUE AMETRITA (sic) DESCARTAR PRESENCIA DE TIROIDITIS*

⁷ Folio 50, archivo 018, carpeta primera instancia.

⁸ Folio 64, archivo 010, carpeta primera instancia.

DE HASHIMOTO." Y, en el análisis clínico se indicó *"PACIENTE DE 57 AÑOS CON CUADRO DE HIPOTIROIDISMO, DOLOR EN CADERA DERECHA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE DA TTO FARMACOLOGICO (sic), RECOMENDACIONES GENERALES, CONTROL SEGUN EVOLUCION (sic), SIGNOS DE ALARMA"*.

Luego, de las anotaciones insertas en la historia clínica de la mencionada consulta, razonable es para esta colegiatura concluir que, los resultados de los exámenes practicados a la paciente fueron los que permitieron al galeno tratante corroborar la tan señalada afección, porque en la historia se dejó apuntado en el diagnóstico la advertencia de que la patología era una confirmación nueva, anejo a que, a diferencia de la cita médica anterior, en el análisis clínico el facultativo que atendió a la paciente dejó plasmado con claridad el cuadro de hipotiroidismo que padece.

No en vano la compañía aseguradora demandada al objetar la reclamación de la asegurada acotó para respaldar la reticencia invocada, que: *"De acuerdo con la Historia Clínica emitida por la Clínica FOSCAL, encontramos que la señora Blanca Parra, tiene antecedentes médicos de hipotiroidismo de acuerdo con historia clínica de fecha 06 de junio de 2018. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro."*⁹; sin hacer referencia alguna a la consulta del 6 de abril de 2018 que ahora viene a plantear en el proceso como el momento desde el cual la asegurada conoció ese diagnóstico.

El colofón que precede se robustece al apreciar los testimonios recibidos a los médicos Omar Alexis Vila Campillo y César Augusto Carrascal Anzoátegui, recaudados por solicitud de la parte actora y de la aseguradora accionada, respectivamente. El primero fue enfático y preciso al afirmar que, solo hasta conocer el reporte de los exámenes era posible definir si la paciente tenía hipotiroidismo, y al cuestionársele sobre el motivo por el cual se consignó en la consulta del 6 de abril de 2018 como diagnóstico secundario dicha enfermedad, contestó: *"Generalmente*

⁹ Folios 74 – 75, archivo 010, cuaderno primera instancia.

uno pone diagnóstico presuntivo, sin estar el diagnóstico confirmado, porque uno tiene que justificar ante la EPS los exámenes que va a solicitar. En la primera consulta que no había exámenes no se puede diagnosticar, pero es la presunción diagnóstica porque tiene que justificar ante la EPS.” Añadiendo que: *“Para confirmar el diagnóstico se necesita respectivamente prueba de tiroides y una ecografía, porque no existe otra forma de conocer el diagnóstico. La única forma para decir el diagnóstico es tal, es tomando los exámenes”.* Por igual, el deponente indicó que, los exámenes se prescriben para determinar si la persona tiene hipotiroidismo o no, *“porque el bocio puede ser eutiroideo ... lo que define si uno tiene hipotiroidismo o no, no es si tiene bocio, son los exámenes.”*

El segundo galeno en su atestación dijo que, la objeción de la aseguradora se debió a que ya existía un diagnóstico clínico que evidenciaba la presencia de la enfermedad sufrida por la demandante, puesto que, se habla de un bocio; más adelante, al ser inquirido por la abogada que representa a la actora sobre la forma en que debe diagnosticarse el hipotiroidismo y si no es necesario la práctica de exámenes, respondió *“No, no lo he dicho, porque el hipotiroidismo ya es la consecuencia del daño de la glándula, si, el hipotiroidismo es una de las consecuencias del daño de la glándula, la glándula está dañada y la caída de la hormona es lo que se llama hipotiroidismo ... esa condición de hipotiroidismo, porque ya eso es la condición del hipotiroidismo, de acuerdo a los niveles del TSH le da los grados y los niveles.”* Seguidamente la abogada le pregunto: *“¿O sea se requieren realizar exámenes?”*, replicando: *“Claro, y esos fueron los que se hicieron posteriormente, los que identificaron el daño”.*

De ahí que, para la Sala lo manifestado por este testigo muestra, sin hesitación, que el diagnóstico de la enfermedad de que se viene hablando debe preceder de los exámenes respectivos, que, como ya se vio, tras ser ordenados el 6 de abril de 2018 y practicados, fueron analizados por el médico tratante de la paciente BLANCA MYRIAM PARRA MORENO en consulta del 6 de junio de 2018, emitiendo el diagnóstico definitivo de cuadro de hipotiroidismo, lo que acaeció con posterioridad al

diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad que la asegurada hizo el 16 de mayo de 2018.

Por contera, si no existía un diagnóstico confirmado al tiempo de la declaración de asegurabilidad diligenciada el 16 de mayo de 2018 por la asegurada y aquí demandante, no era dable exigirle que en ese documento indicara la mencionada patología, por la potísima razón consistente en que, para ese momento, no tenía conocimiento concreto de su estado de salud respecto de tal afección, lo que implica concluir que, en las respuestas allí seleccionadas fue sincera sobre los hechos y circunstancias que determinaban el estado del riesgo de la forma consultada por la aseguradora. Consecuentemente, no existe reticencia o inexactitud atribuible a BLANCA MYRIAM PARRA MORENO que, genere la nulidad relativa del contrato de seguro distinguido con el número VGDB-250 02 105 0000058908, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Debe, por tanto, la Sala estudiar y dilucidar si es procedente acceder a las pretensiones de la actora en lo que concierne al específico pago del valor asegurado por la póliza de seguro de vida antes citada por el amparo de incapacidad total y permanente, constituida en garantía de la obligación 00130158009613370145.

En esa tarea, véase que, el anexo del amparo de incapacidad total y permanente inserto en las condiciones generales del contrato de seguro contempla que: "Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, si como asegurado sufre una incapacidad que impida de en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación siempre que no haya sido provocada por el asegurado la compañía pagará el 100% del valor asegurado. Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado dentro de los límites de edad establecidos en las condiciones particulares del presente anexo, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual

o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por este, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.”¹⁰ (Subrayado nuestro). Y, más adelante el documento, reza: “La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la calificación de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación.”

Sobre el particular, está probado que, a BLANCA MYRIAM PARRA MORENO, en su condición de asegurada en la aludida póliza, le fue dictaminado un porcentaje de pérdida de su capacidad laboral del 98% por parte de la entidad encargada de su aseguramiento en salud, con fecha de estructuración del 28 de enero de 2021 según se desprende del documento adjunto al escrito iniciático¹¹. Tal circunstancia es suficiente para demostrar el siniestro amparado, como quiera que, la asegurada y actual accionante los requisitos contenidos en las condiciones generales de la póliza para que el pago del monto asegurado se abra paso.

Al reconocimiento de ese derecho no es dable oponer ninguno de las excepciones de mérito formuladas por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. por intermedio de abogado, que es menester analizar en esta instancia como secuela de la ya anunciada revocatoria parcial del fallo apelado, como sigue.

No es de recibo el argumento basado en que la única persona legitimada para incoar lo suplicado en este caso es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., en su condición de beneficiario de la póliza adquirida. En efecto, la facultad de elevar reclamación ante el suceso del siniestro ya

¹⁰ Folio 71, archivo 010, cuaderno primera instancia.

¹¹ Folios 26 – 31, archivo 001, cuaderno primera instancia.

extrajudicialmente ora judicial, la autoriza nuestro ordenamiento jurídico tanto para el beneficiario como para el asegurado, índole que en este caso ostenta la demandante BLANCA MYRIAM PARRA MORENO. Así lo dispone el artículo 1075 del Código de Comercio: *"El asegurado o el beneficiario estarán obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro."* Mientras que, el canon 1077 ibidem preceptúa que: *"Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso"*. Normas que, son recogidas por las propias condiciones generales del contrato de seguro que nos ocupa, que en su cláusula décimo quinta reza: *"En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a "LA COMPAÑÍA" dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia."* De suerte que, la pretextada falta de legitimación de la asegurada para demandar no es admisible.

Los medios exceptivos que invocó la aseguradora accionada acerca de la inexistencia de la obligación de la compañía de realizar exámenes médicos a los asegurados y la mala fe por parte de la declarante asegurada, no hallan eco de prosperidad, dado que, el primero ninguna connotación tiene en el asunto que nos concentra, porque se trata de un aspecto que es indiscutible, pero que, adolece de implicación en este evento; en tanto que, el segundo se descarta frente al contrato de seguro que aquí sale avante atendible, al quedar acreditado que BLANCA MYRIAM PARRA MORENO no padecía de la enfermedad por la que fue objetada por reticencia su reclamación.

Y, en lo inherente al instrumento de defensa que apunta a la retención de la prima como consecuencia de la declaratoria de reticencia conforme al artículo 1059 del Código de Comercio, basta con indicar que operaría solo para la póliza No. VGDB-255 02 121 0000021631, cuyo contrato genitor está afectado de nulidad relativa, tal y como ya se definió; más no para la póliza VGDB-250 02 105 0000058908, frente a la cual, se insiste, no existe inexactitud del estado del riesgo de parte de la asegurada.

Por último, la defensa de prescripción de la acción que adujo la aseguradora confutada, a más de advertirse que esta no ofreció al alegarla ningún sustento concreto y de cara a los hechos que soportan la demanda introductoria del proceso, es palmario que no se configura, porque no trascurrió un término superior al regulado por el artículo 1081 del Código de Comercio en su inciso 1, visto que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral de la actora le fue notificado el 3 de febrero de 2021, según se lee en la comunicación remitida por la entidad que lo emitió¹², mientras que el libelo inicialista de este proceso se presentó el 4 de octubre de 2012, como aparece en el acta de reparto respectiva.¹³

De esta forma la totalidad de las excepciones principales argüidas por la aseguradora demandada frente a la póliza que acaba de analizarse, se desestimarán.

No sucede lo mismo con los instrumentos de defensa subsidiarios invocados por la empresa de seguros demandada, denominados: (i) "*EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO*"; (ii) "*EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN*"; y (iii) "*EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA*", los cuales son de recibo en lo tocante al pago de la póliza No. VGDB-250 02 105 0000058908, atendido el clausulado inserto en el anexo de incapacidad total y permanente y sus condiciones generales, que es claro al enunciar que, demostrado el siniestro del asegurado "*la compañía pagará el 100% del valor asegurado*"¹⁴ (cláusula 1.1), que corresponde, en los términos de la cláusula 3 del anexo de la póliza deudores, al saldo insoluto de la deuda, que a su vez agrupa "*el capital no pagado, más los intereses corrientes*" y, de existir mora en la obligación comprenderá además "*los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor*"¹⁵, todo ello en favor

¹² Folio 26, archivo 001, cuaderno primera instancia.

¹³ Archivo 02, cuaderno primera instancia.

¹⁴ Folio 71, archivo 010, cuaderno primera instancia.

¹⁵ Folio 137, archivo 001, cuaderno primera instancia.

de BBVA COLOMBIA S.A., según se lee en la señalada estipulación: "*Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.*"

Con todo, aunque el beneficiario de la póliza sea el banco acreedor, la compañía aseguradora debe hacer la efectiva devolución de las cuotas del crédito pagadas por accionante BLANCA MYRIAM PARRA MORENO desde la fecha en que fue dictaminada su incapacidad total y permanente, toda vez que, de conformidad con la parte final de la cláusula 1.1. del anexo de ese amparo: "*La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la calificación de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación.*"¹⁶

Resta por examinar los reparos vertidos por la abogada de la demandante y disidente BLANCA MYRIAM PARRA MORENO en procura de la revocatoria integral de la providencia apelada, sustentados en que: (i) El hipertiroidismo diagnosticado no constituyó la causa eficiente de su incapacidad total y permanente, sino que, la invalidez devino del accidente cerebro vascular que padeció. (ii) La responsabilidad que tiene el accionado BANCO BBVA COLOMBIA S.A. de devolver las cuotas pagadas de los créditos desde el momento en que se dictaminó la pérdida de la capacidad laboral de la convocante. (iii) Que, en su decisión el a quo omitió referirse a la secuela procesal que se deriva de la inasistencia de las partes demandadas a la diligencia de conciliación extrajudicial.

Referente al primer reproche y sobre la trascendencia o relevancia de la inexactitud declarada por el asegurado en torno al consentimiento de la compañía que asume el riesgo, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC3791 del 1 de septiembre de 2021, Magistrado ponente Luis Armando Tolosa Villabona, explicó: "*De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad*"

¹⁶ Folio 71, archivo 010, cuaderno primera instancia

del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención. Otras, por cuanto conocidas, real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, con todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. Estas últimas, mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que son nimias o insignificantes." (Destaca el Tribunal).

La Corte Constitucional no ha sido ajena a una interpretación similar, pues en varias providencias ha precisado que, el asegurador debe *"probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso"*, deberá también *"(...) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión."*¹⁷

Así, la Sala denota que, para que la reticencia o inexactitud del asegurado produzca la nulidad relativa del contrato de seguro a voces del artículo 1058 del estatuto mercantil, deber tratarse de una omisión en la declaración real del estado de salud íntimamente coligada a la circunstancia que desencadenó la realización del riesgo. En palabras, la enfermedad que no fue informada a la aseguradora al momento de declarar el estado del riesgo fue determinante para la estructuración de la incapacidad total y permanente amparada, secuela esta que es predicable en el caso de la actora BLANCA MYRIAM PARRA MORENO.

Repárese que, el alcance del hipotiroidismo que padecía la demandante al momento de la calificación de su pérdida de capacidad laboral es notoria en el dictamen que la contiene, porque allí aparece referida como una de las tres deficiencias que contribuyeron de forma efectiva a señalar el porcentaje final del 98%, junto con la ruptura de aneurisma y el trastorno

¹⁷ Sentencia T-222 de 2014, reiterada en T-282 de 2016 y T-027 de 2019.

de ansiedad.¹⁸ No se trata de una enfermedad pasajera, menos aun de algún síntoma irrelevante, ya que, esa patología constituye una de las que llevaron a fijar la invalidez de la actora. Y no se diga que su importancia frente al riesgo asegurado puede calificarse según los valores otorgados en el dictamen, como quiera que, el porcentaje final en esta clase de experticias no se refleja en una simple operación matemática, sino que es el resultado de unas fórmulas complejas previstas en el manual único para la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional expedido por el Decreto 1507 de 2014, las que, de cualquier manera no vienen al caso por no ser objeto del debate probatorio, pero que, de cierto modo permiten esclarecer la relevancia de todas y cada una de las deficiencias que allí se apuntan.

De consiguiente, el hipotiroidismo si fue causa eficiente en la determinación de la incapacidad total y permanente de BLANCA MYRIAM PARRA MORENO, de ahí que al incidir en reticencia vició el consentimiento de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., que, de haber conocido de la existencia de esa patología -en el evento de la póliza VGDB-255 02 121 0000021631-, la compañía se hubiese abstenido de contratar o habría exigido unas condiciones más onerosas para la asegurada.

A su turno, en lo tocante a la disconformidad que tiende a endilgar responsabilidad al BANCO BBVA COLOMBIA S.A., la Sala avala y prohíja el corolario al que arribó el Juez de primer en su proveído, puesto que, no existe obligación de estirpe convencional o legal que imponga a esa entidad devolver a la deudora las cuotas del crédito que canceló después de que le fuera dictaminada su pérdida de capacidad laboral, porque una prestación que frente a su acreedor la obligada debe satisfacer mientras la póliza no se haga efectiva. El Banco, desde luego, es beneficiario del amparo por la incapacidad total y permanente de su cliente en virtud del seguro, pero, el deber del pago de la suma asegurada por ese concepto recae exclusivamente en la compañía aseguradora, de acuerdo con las argumentaciones plasmadas por el Tribunal.

¹⁸ Folio 28, archivo 001, cuaderno primera instancia.

Consecuente con lo anterior, se dispondrá que la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. efectúe el pago del 100% del valor asegurado de ese amparo, lo que se traduce en el saldo total actual del crédito 00130158009613370145 que con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. adquirió la promotora BLANCA MYRIAM PARRA MORENO; además, la aseguradora debe pagar a la demandante las sumas de dinero equivalentes a las cuotas por ella pagadas desde la fecha en que se produjo la calificación de la pérdida de su capacidad laboral.

Para culminar, en relativo al reproche de la apelante según el cual el Juez de primera instancia no aplicó las consecuencias procesales que impone el artículo 22 de la Ley 640 de 2001 ante la inasistencia de las compañías demandadas a la diligencia de conciliación extrajudicial, pronto el Tribunal advierte que no índice en la resolución de la alzada, porque, el referido efecto de calificar esa conducta como indicio grave frente a las excepciones formuladas, que ahora lo gobierna el artículo 59 de la Ley 2220 de 2022, se descarta ante la valoración conjunta efectuada de los medios probatorios aportados y practicados durante el proceso, ejercicio que respalda las conclusiones ya sentadas, con apego al criterio de interpretación probatoria contenido en el canon 242 del C.G. del P, que reza: *"El juez apreciará los indicios en conjunto, teniendo en consideración su gravedad, concordancia y convergencia, y su relación con las demás pruebas que obren en el proceso."*

Se impone, entonces, con apoyo en las consideraciones que han quedado anotadas, revocar parcialmente la providencia acusada en lo referente a la negación de las pretensiones frente a la póliza No. VGDB-250 02 105 0000058908, para, en su lugar, acceder en parte a las súplicas de la demanda, disponiendo que, la parte demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. efectúe el pago del saldo total que a la fecha adeude la demandante al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. por la obligación crediticia No. 00130158009613370145, que asciende a la suma de ciento cuarenta y ocho millones novecientos cincuenta mil cuatrocientos treinta y cinco

pesos (\$148.950.435) conforme con la respuesta emitida vía correo electrónico del 23 de abril de 2024 por esa entidad financiera al requerimiento que de oficio le hiciera el Tribunal mediante auto del 16 de abril del año que avanza; así como la cancelación en favor de BLANCA MYRIAM PARRA MORENO de la cantidad de dinero equivalente a las cuotas del referido crédito por ella pagadas desde el 28 de enero de 2021, data en que se produjo la calificación de la pérdida de su capacidad laboral, cifra que corresponde a cincuenta y dos millones seiscientos sesenta y siete mil quinientos setenta y tres pesos (\$52.667.573), de acuerdo al historial de pagos allegado con la ya referida contestación¹⁹, junto con los intereses moratorios en un porcentaje igual al certificado como bancario corriente por la superintendencia Financiera de Colombia aumentado en la mitad, sobre cada uno de las cuotas efectivamente pagadas, en aplicación del inciso 1 del artículo 1080 del Código de Comercio, sin perjuicio del pago de las demás cuotas que la prenombrada cubra con posterioridad a la fecha de expedición de la certificación remitida por el BANCO BBVA.

Con respaldo en el artículo 365 numeral 5 del Código General del Proceso no se impondrá condenar en costas de segunda instancia a la parte recurrente, ante el triunfo parcial de su censura.

En mérito de lo enunciado, el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA, SALA CIVIL FAMILIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

Primero. REVOCAR parcialmente los numerales primero y segundo de la sección decisoria de la sentencia materia de apelación proferida en audiencia del 22 de febrero de 2023 por el Juez Once Civil del Circuito de

¹⁹ Archivo 015, cuaderno segunda instancia.

Bucaramanga, en este proceso de responsabilidad civil contractual gestado por BLANCA MYRIAM PARRA BLANCO contra el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en lo que respecta a la prosperidad de la excepción de nulidad por reticencia y la consecuente negación de las pretensiones de la demanda, exclusivamente frente a la póliza de seguro No. VGDB-250 02 105 0000058908, para, en su lugar, acceder a lo pretendido en el escrito inicial en lo que respecta a dicho seguro de vida.

Segundo. ORDENAR a la parte demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pagar al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. la suma de ciento cuarenta y ocho millones novecientos cincuenta mil cuatrocientos treinta y cinco pesos (\$148.950.435), correspondiente al saldo total que a la fecha adeuda la demandante BLANCA MYRIAM PARRA MORENO por la obligación crediticia No. 00130158009613370145.

Tercero. ORDENAR a la parte demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pagar a la actora BLANCA MYRIAM PARRA MORENO la cantidad de dinero equivalente a las cuotas del referido crédito por ella canceladas desde el 28 de enero de 2021 al BANCO BBVA COLOMBIA S.A., día en que se produjo la calificación de la pérdida de su capacidad laboral, que ascienden a la fecha a cincuenta y dos millones seiscientos sesenta y siete mil quinientos setenta y tres pesos (\$52.667.573), junto con los intereses moratorios en un porcentaje igual al certificado como bancario corriente por la superintendencia Financiera de Colombia aumentado en la mitad sobre cada una de esas cuotas, sin perjuicio del pago de las demás cuotas que la precitada demandante cubra con posterioridad a la expedición de la certificación remitida por dicho ente bancario.

Cuarto. DECLARAR PROBADAS las excepciones de fondo subsidiarias invocadas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a saber: *"EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO"*; (ii) *"EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN"*; y

(ii) "EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA"; todo lo cual queda reflejado en las condenas aquí emitidas.

Quinto. CONFIRMAR en lo restante el fallo acusado.

Sexto. Sin condena en costas de segunda instancia.

NOTIFÍQUESE.

MAGISTRADOS.

JOSÉ MAURICIO MARÍN MORA

CARLOS ANDRÉS LOZANO ARANGO

CLAUDIA YOLANDA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Firmado Por:

Jose Mauricio Marin Mora
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Dirección Ejecutiva De Administración Judicial
División De Sistemas De Ingeniería
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Claudia Yolanda Rodriguez Rodriguez
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 6 Civil Familia
Tribunal Superior De Bucaramanga - Santander

Carlos Andres Lozano Arango
Magistrado
Sala Civil Familia
Tribunal Superior De Bucaramanga - Santander

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: **cb40f3f409787c109a542ebd93dfe74650ca19599d40191a5e6b775aa41c688**

Documento generado en 21/05/2024 10:27:24 AM

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