

Barranquilla, MAYO de 2024

señores

**JUEZ CATORCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE
BARRANQUILLA
E.S.D.**

Referencia: Proceso Verbal

**DEMANDANTE: NOREDY ESTHER LASTRA GAMERO
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A Y BANCO BILBAO
VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA"**

RADICACION No. 080014053014-2023-00850-00

**ASUNTO: MEMORIAL QUE DESCORRE LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO PROPUESTAS
POR LOS DEMANDADOS**

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR, mayor de edad, domiciliado y residenciado en esta ciudad, abogado en ejercicio, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en mi calidad de abogado de la parte demandante, respetuosamente me dirijo a su despacho con el fin de aportar escrito **LAS EXCEPCIONES DE MERITO** propuestas por **BANCO BBVA COLOMBIA S.A., Y LA COMPAÑÍA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** por economía procesal, bajo el siguiente esquema:

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. BANCO BBVA COLOMBIA S.A**
- III. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**
- IV. PETICIONES**
- V. PRUEBAS**
- VI. PRONUNCIAMIENTO PRUEBA SOLICITADA POR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**

I. INTRODUCCION

Sea lo primero afirmar que los argumentos de las excepciones de mérito esbozados por la parte demandan en su contestación son inocuos, sin sustento legal y evidencian la falta de compromiso por parte del sector asegurador para con los beneficiarios de los Seguros de vida, que fueron tomados por los DOCENTES – ACTIVOS, y que por muchos años estos pagaron periódicamente un contrato de seguros, con el cual aseguraban la contingencia INCAPACIDAD TOTAL Y PERAMENTE, en sus CREDITOS, Lo que denota es que la compañía sabía desde el inicio del contrato de seguro la ASEGURADA se encontraba en un REGIMEN ESPECIAL como lo es el MAGISTERIO, prueba de esto es que mensualmente le descontaban de su nómina el valor correspondiente del pago del crédito que tenía implícito el pago del seguro de deudores.

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR
3135044306  CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

Ahora bien, en caso en particular se perfecciona el **ABUSO DE LA POSICION DOMINANTE DE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS y LOS BANCOS**, en el caso en particular **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, por lo siguiente:

1. El seguro fue diligencia en las instalaciones del banco y fue tomado por las instrucciones de asesor del banco cuando mi cliente contrajo la obligación financiera – crédito con el BANCO POPULAR S.A.
2. Mi cliente en ningún momento actúa con mala fe, solo se limitó hacer lo que el asesor le ordeno y fue que solo firmara los formatos, para que los créditos se los aprobaran.
3. Señoría si existe la mala fe, esta estaría encabeza de los asesores del **BANCO** comoquiera que son ellos los que guían o les indican a sus clientes la forma en que deben diligenciar estos formatos, que son complejos y de mucha técnica comercial.
4. Para el momento en que mi cliente adquiere los productos, no informa el trámite de calificación precisamente porque el ASESOR NUNCA INFORMA (clausulado del contrato de seguros), este solo se limita a decirle a mi cliente que firme y coloque la huella.

SEGÚN LA CIRCULAR EXTERNA 50 DE 2015 EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA:

Su estructura está basada en tres pilares fundamentales: el deber de información de las aseguradoras respecto al consumidor, la capacidad técnica y profesional de las personas que promocionan el seguro y la creación del SUCIS (Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros).

1. **Deber de información:** Previo a la adquisición del seguro, la persona natural vinculada debe proveerle al potencial cliente al menos la información que se enlista a continuación:
 - derechos y obligaciones de las partes contempladas en la póliza.
 - coberturas, exclusiones y garantías del producto.
 - costos del producto y de su comercialización.
 - alcance de los servicios de intermediación, en caso que el seguro sea promocionado por un intermediario de seguros.
 - la forma de vinculación contractual del intermediario o de la persona natural vinculada con la entidad aseguradora.
 - el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación del siniestro.
 - los canales de atención de quejas, peticiones y reclamos.
2. **Capacidad técnica y profesional de la persona natural vinculada:** las personas que promocionen la adquisición de seguros deben contar con capacidad técnica y profesional para tal fin, esto es, el conocimiento especializado del producto y la idoneidad moral, respectivamente. Estos requisitos deben ser avalados por cada aseguradora y es de su entera responsabilidad velar porque cada persona natural vinculada los cumpla de manera previa a la promoción del seguro.
3. **SUCIS:** Este registro de carácter público tiene como principal finalidad otorgarle seguridad al consumidor respecto a la persona que le está ofreciendo el seguro y evitar que sea objeto de engaño o fraude por personas que no están autorizadas para comercializar este tipo de productos financieros.

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

Así, la persona natural vinculada, sin excepción, debe estar registrada en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros.

Ahora bien, con base en lo anterior, Y teniendo en cuenta el artículo 37 del estatuto del consumidor

ARTÍCULO 37. CONDICIONES NEGOCIALES GENERALES Y DE LOS CONTRATOS DE ADHESIÓN. Las Condiciones Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.
2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.
3. En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, En los contratos de seguros, el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, **explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.** (negrillas y subrayado fuera del texto original)

Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo (negrillas y subrayado fuera del texto original).

Su señoría en el presente caso reúne los requisitos establecidos por la norma, comoquiera que a mi poderdante no le explicaron (**Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas**), (**el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías**). por lo cual debe usted declarar ineficaces y tener por no escritas las condiciones generales de los contratos, comoquiera que estas explicadas por el asesor del BANCO POPULAR S.A

Además, que los demandados abusan de la posición dominante que tiene como quiera que son ellos los que estipulan las condiciones del crédito y del contrato de seguros así lo establecido:

Corte Constitucional Sentencia T-027-2019 del 30 de enero de 2019. Expedientes: T-6.563.653, Seguros, posición dominante, deberes del asegurador y otros acumulados

“La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores: I) la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable. II) deber de aplicar la interpretación pro consumatore, III) desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones

del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. IV) deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado) y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro"

Continúa:

"Ello ocurre con facilidad en los contratos de seguro en tanto que el usuario puede ser sometido a que le dilaten la satisfacción de los compromisos asumidos, lo que afecta los derechos fundamentales del tomador o de sus beneficiarios, en tanto que si bien ese tipo de contrato no tiene como finalidad la de proveer los recursos para asegurar la subsistencia y el mínimo vital de una persona, lo cierto es que algunos seguros terminan constituyéndose en la única forma de cumplir con sus compromisos financieros luego de sobrevenir el siniestro asegurado".

"Por lo que ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario, es necesario evitar que con ocasión de la posición dominante de la que goce una empresa, se esquite el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental." (negritas u subrayados fuera del texto original).

LA SENTENCIA 094- DE 2019, DEFINE ESTA SITUACIÓN DE LA SIGUIENTE MANERA:

"Ello ocurre con facilidad en los contratos de seguro en tanto que el usuario puede ser sometido a que le dilaten la satisfacción de los compromisos asumidos, lo que afecta los derechos fundamentales del tomador o de sus beneficiarios, en tanto que si bien ese tipo de contrato no tiene como finalidad la de proveer los recursos para asegurar la subsistencia y el mínimo vital de una persona, lo cierto es que algunos seguros terminan constituyéndose en la única forma de cumplir con sus compromisos financieros luego de sobrevenir el siniestro asegurado.

Por lo que ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario, es necesario evitar que con ocasión de la posición dominante de la que goce una empresa, se esquite el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental."

II.1. PRIMERA FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

No compartimos los planteamientos desarrollados por la apoderada del demandado, debido a que las normas utilizadas por esta, lo que debelan precisamente es que los documentos aportados en la foliatura podemos observar mi poderdante no es la beneficiaria directa de seguro de vida deudores, esta si es parte del contrato de seguro, y resulta afectada por la negación del pago de la póliza de seguro, toda vez que tiene la obligación de seguir cancelando los créditos, aun cuando esta se le declaro una incapacidad permanente. Si bien es cierto el seguro de deudores es para cancelar el saldo



3135044306



CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

insoluto, no menos cierto es que de salir a adelante las pretensiones de mi poderdante, los pagos que esta haya realizado al banco desde la fecha de estructuración deberán ser reembolsados y como se plasmó en las pretensiones estas afectan el **PATRIMONIO MATERIAL** de mi poderdante, generando **PERJUICIOS EN SUS MODALIDADES** de **DAÑO EMERGENTE PRESENTE Y FUTURO**.

Por lo anterior no realizaremos mayores precisiones pues solo material probatorio anexo y las normas utilizadas por la apodera de la parte ejecutada hablara por si misma dentro de este proceso.

Por lo antes expuesto esta excepción no deberá prosperar.

II 2. AUSENCIA DE LOS SUPUESTOS O ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

La apoderada de la ejecutada una vez más trata de inducir al error al despacho, comoquiera que el título que le da a esta excepción no guarda relación con el desarrollo de esta Litis, como quiera que las pruebas allegadas al libelo demandatorio demuestra todo lo contrario a lo que pretende la parte demandada.

Existe prueba suficiente en el plenario que mi cliente presento reclamación ante la compañía aseguradora, por la ocurrencia de siniestro (*incapacidad permanente decretada en la perdida de la capacidad laboral*), el cual tiene como origen un contrato, prueba de esto, es la objeción que recibió por parte de la compañía de seguros, de tal manera que el no pago de la obligación al materializarse el riesgo constituye un incumplimiento contractual, y respuesta que ha generado perjuicios materiales a mi representada, comoquiera que esta última tenido que seguir cancelando los créditos adquiridos con la demandada.

Además, que, si existe los elementos constitutivos de responsabilidad civil contractual en cabeza, prueba de esto es que a mi cliente le incluyen en las cuotas de los créditos que posee con el **BANCO** tiene que pagar la prima del contrato de seguros, lo que implica la relación contractual que tienen mi cliente con su compañía.

Por lo anterior no realizaremos mayores precisiones pues solo material probatorio anexo y las normas utilizadas por la apodera de la parte ejecutada hablara por sí misma dentro de este proceso.

Por lo antes expuesto esta excepción no deberá prosperar

II 4 LA GENÉRICA

La apoderada de la ejecutada una vez más trata de inducir al error al despacho, comoquiera que el título que le da a esta excepción no guarda relación con el desarrollo de esta Litis, como quiera que las pruebas allegadas al libelo demandatorio demuestra todo lo contrario a lo que pretende la parte demandada.

Existe prueba suficiente en el plenario que mi cliente presento reclamación ante la compañía aseguradora, prueba de esto es la objeción que recibió por parte de esta, respuesta que ha generado perjuicios materiales a mi representada, comoquiera que esta última tenido que seguir cancelando los créditos adquiridos con la demandada.

Además, que, si existe los elementos constitutivos de responsabilidad civil contractual en cabeza de la **ASEGURADORA**, prueba de esto es que a mi cliente le incluyen en las cuotas de los créditos que posee con el **BANCO BBVA** tiene que pagar la prima del contrato de seguros, lo que implica la relación contractual que tienen mi cliente con la compañía de seguros.

El aforismo “*Onus probandi incumbit actori*” se predica tanto del demandante como de quien enerva una excepción, por lo tanto no se puede pretender que sea el juzgador quien realice el trabajo de una de las partes en este proceso a excepciones de la regla de morigeraciones de carga probatorio, entendiéndose carga dinámica, que para el caso concreto solo operaría a favor de mi poderdante.

Por lo anterior no realizaremos mayores precisiones pues solo material probatorio anexo y las normas utilizadas por la apoderada de la parte ejecutada hablara por si misma dentro de este proceso.

Por lo antes expuesto esta excepción no deberá prosperar.

III 1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR No. 02 262 0000058805 3. INCUMPLIMIENTO DE LA DEMANDANTE DE LA OBLIGACION DE DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO

No compartimos los planteamientos desarrollados por la apoderada de la demandada, debido a que las normas utilizadas por esta, lo que debelan precisamente es que **NO** EXISTE RETICENCIA O INEXACTITUD.

El apoderado afirmando “la señora Lastra Gamero conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al octubre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la omisión en la respuesta, faltando a la verdad por la asegurada”, NO ES CIERTO que mi poderdante guardara silencio, todo lo contrario el asesor NUNCA pregunto o informo sobre el particular, aún más grave a mi poderdante no le explicaron **Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas**), el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías. ADEMÁS QUE LA ASEGURADORA NO ENTREGO A MI PODERDANTE EL CONTRATO DE SEGURO Y SUS ANEXOS.

Ahora bien, Señor juez, debe usted tener en cuenta que los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe, así lo establecido en la: **RECIENTEMENTE LA CORTE CONSTITUCIONAL, SENTENCIA T-61, FEB. 18/20 (M. P. ALBERTO ROJAS RÍOS)**.

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

Se pronunció así:

la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como reticencia, sino que es necesario demostrar la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato le resulte más oneroso o que la aseguradora desista de asumirlo.

EN ESTE SENTIDO, CORRESPONDE A LAS ASEGURADORAS:

(i) Demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, es decir, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada.

(ii) Desplegar todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras están vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron, esto es si se abstuvieron de verificar la información habiendo podido hacerlo, pues mal haría el juez en validar negligencias.

(iii) Demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.

Así las cosas, precisó la corte que, aunque los contratos de seguro se rigen principalmente por la voluntad de las partes, esta está limitada en la buena fe que debe regir el accionar de quienes los suscriben y, tratándose de las aseguradoras, esta obligación les demanda una responsabilidad mayor en razón de su posición dominante en relación con los ciudadanos que fungen como asegurados.

Por su parte la **SENTENCIA DE RADICADO 027 DEL 2019, MAGISTRADO PONENTE: ALBERTO ROJAS RÍOS, DE FECHA TREINTA (30) DE ENERO DE DOS MIL DIECINUEVE (2019).**

“El principio de buena fe, a su vez, distingue de dos escenarios. El primero es la relación contractual en situaciones de simetría entre las partes; mientras que el segundo es la relación contractual en situaciones de asimetría¹. En éstos últimos, la Corte Constitucional ha considerado que la buena fe implica una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual”.

Continúa la corte:

elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados² y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia

¹ Véase Corte Constitucional, sentencia T- 136 de 2013.

² Véase Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.



3135044306



CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM

clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado³.

En cuanto el deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) 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 oneroso⁴ y; b) 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.

En conclusión, si bien los contratos de seguro se rigen principalmente por la voluntad de las partes, esta voluntad encuentra límite en la buena fe que debe regir el accionar de quienes los suscriben y, tratándose de las aseguradoras, este deber de actuar conforme a la buena fe se califica y demanda de ellas una responsabilidad mayor en razón de su posición dominante en relación con los ciudadanos que fungen como asegurados.

SU SEÑORÍA DEBE USTED APLICAR LA INTERPRETACIÓN PRO CONSUMATORE, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

Ahora bien debemos afirmar que a mi clientes no le respateon sus derechos del consumidor contemplado en el:

ARTÍCULO 37. CONDICIONES NEGOCIALES GENERALES Y DE LOS CONTRATOS DE ADHESIÓN. Las Condiciones Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.
2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.
3. En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, En los contratos de seguros, el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, **explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.** (negritas y subrayado fuera del texto original)

³ Establecer una obligación general de practicar exámenes médicos para todos y cada uno de los tomadores o asegurados podría implicar una carga desproporcionada para el asegurador, como se sostuvo en la sentencia C-232 de 1997. Sin embargo, ello no implica que el asegurador, en ocasiones, se exima de hacerlo. Para ello, ver sentencia 282 de 2016, la cual reitera el deber de realizar exámenes médicos establecido en las sentencias T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-393 de 2015.

⁴ Corte Constitucional, sentencia T-222 de 2014, reiterada en T-282 de 2016.

Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo (negritas y subrayado fuera del texto original).

Su señoría en el presente caso reúne los requisitos establecidos por la norma, como quiera que a mi poderdante no le explicaron (**Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas**), (**el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías**), por lo cual debe usted declarar ineficaces y tener por no escritas las condiciones generales de los contratos, comoquiera que estas explicadas por el asesor de **SEGUROS SOLIDARIA**

Adema que la compañía de seguros “tiene la obligación de demostrar el nexo de causalidad entre la información omitida y el siniestro, por un lado, evidenciando la mala fe del tomador al ocultar cierta información, y por el otro, acreditando la existencia de una “efectiva relación causal”-inescindible- entre la inexactitud y el siniestro acaecido”. (T 094-2019).

Situación que no ocurre en la presente Litis comoquiera que los apoderados, se limitan a enervar unas excepciones de mérito sin presentar siquiera una sola prueba sumaria que demuestre las situaciones plasmadas por estos.

Además, su señoría que la Corte Constitucional ha determinado que cualquier omisión por parte del tomador no puede ser considerada como reticencia, pues la entidad **ASEGURADORA** está en la **OBLIGACIÓN DE TOMAR LAS MEDIDAS QUE CONSIDERE CONDUCTENTES PARA COMPROBAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA**, la cual debe considerarse cierta en virtud del principio de buena fe, evitando en todo caso, las interpretaciones arbitrarias respecto del contenido del contrato y de los hechos.

La Corte constitucional ha insistido en trasladar la carga de la verificación de la información médica a la aseguradora, manifestando que dichas entidades son negligentes si omiten realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de quien solicita acceder a una póliza de seguro. Puntualizando bajo este argumento, que no es posible que, ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue la Compañía de Seguros que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso a la póliza.

Note usted su señoría que la Corte constitucional impone unas obligaciones para desconocer la reticencia alegada, se basa en la importancia del principio de buena fe en la relación contractual entre la compañía de seguros y el tomador de la póliza, señalando que es un postulado en doble vía, que obliga a las partes a comportarse con probidad en el desarrollo de la relación contractual.

LA POSICIÓN DE LA CORTE FRENTE A ESTE TEMA:

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

- La falta de declaración de cualquier preexistencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario **probar la mala fe del tomador**.
- Las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, esto debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales.
- Las compañías de seguros, deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro
- Las Aseguradoras han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia
- Corresponde a las Compañías de seguros, corroborar la condición médica del tomador o asegurado y que esta obligación no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías.
- Dada la naturaleza de adhesión que generalmente presenta este tipo de contratos, es la aseguradora quien tiene la responsabilidad de verificar el estado de salud de quien solicita la expedición de la póliza.

Se concluye que se impone una Carga adicional al sector asegurador, que denomina "carga de comprobación", la cual consiste básicamente en que las compañías tienen la obligación de verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros, **PARA LA CORTE, EL DEBER DE COMPROBACIÓN PUEDE MATERIALIZARSE DE MÚLTIPLES FORMAS, INCLUYENDO LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS O LA EXIGENCIA DE PRESENTAR UNOS RECIENTES PARA CERTIFICAR.**

LOS CUATRO DEBERES O CARGAS BÁSICAS QUE ESTABLECE LA CORTE ES SU JURISPRUDENCIA EN CABEZA DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y DERIVADAS DE LO ANTES CITADO, SUMADO A LAS EXIGENCIAS DE LAS NORMAS QUE REGULAN LA PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR SON:

- **CLARIDAD:** Transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza.

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

- **INFORMACIÓN:** Dotar al tomador de la póliza de todos los datos necesarios para que, al momento de celebrar el negocio jurídico relativo al contrato de seguro, el mismo lo haga desde una base de consentimiento informado. Verás y Completa de tal suerte que se evite inducir a error al usuario del servicio.
- **COMPROBACIÓN:** Verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros. Esta carga tiene una especial relevancia en cuanto a las declaraciones de asegurabilidad referidas al estado de salud. Principio Autonomía Voluntad
- **LEALTAD:** Mandato general para la aseguradora de evitar cualquier conducta que pueda inducir a error al tomador o que le genere detrimento de forma ilegítima. Esta carga puede entenderse como una prohibición para las aseguradoras de abusar de la autonomía privada de la voluntad para afectar los intereses de su contraparte contractual, en desconocimiento de los mandatos constitucionales.

En el mismo sentido se pronunció la corte en la **SENTENCIA T-094/19:**

“Por otro lado, para determinar el alcance del contrato de seguro, es necesario remitirse a las cláusulas pactadas en la póliza y los documentos que la integran, pues estos definen el riesgo amparado, el objeto de aseguramiento, exclusiones y límites pecuniarios temporales pactados, sin que sea válido interpretar más allá de lo que su contenido prevé. **En todo caso, cuando las aseguradoras fijan el contenido del contrato, no pueden establecer cláusulas abusivas, ya que dicha conducta se encuentra prohibida por el artículo 11 de la Ley 1328 de 2009 (negritas y subrayados fuera del texto original)**”

ASÍ MISMO LO ESTABLECIDO LA CORTE CONSTITUCIONAL EN LA SENTENCIA T-751 DE 2012, SE INDICÓ QUE:

“esta modalidad negocial no puede erigirse como una estipulación que otorga plenas facultades a las entidades aseguradoras para tomar ventaja de su posición en el mercado e imponer a los tomadores condiciones que restringen el uso de sus derechos como consumidores. Por esta razón, la intervención del Estado se hace necesaria en aquellos eventos en los cuales se requiera volver dúctil la interpretación de estos contratos con el fin de proteger derechos fundamentales de personas que se encuentren en estado de debilidad manifiesta”.

EN LA SENTENCIA T-720 DE 2013, LA CORTE CONSIDERÓ QUE:

“no era necesario realizar un estudio encaminado a acreditar la mala fe del tomador ya que las enfermedades que no fueron declaradas a tiempo, en nada incidieron en el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo, pues el porcentaje necesario para incapacitar a la asegurada se había cumplido aún sin incluir las enfermedades omitidas en la declaración.”

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR



3135044306



CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

LA SENTENCIA T-282 DE 2016, LA CORTE:

“desechó la configuración de la reticencia en tanto no encontró probado el nexo de causalidad entre la ocurrencia del siniestro y la inexactitud de la información declarada al momento de suscribir la póliza, pues la invalidez le sobrevino a la actora como consecuencia de un accidente cerebrovascular y un cuadro de depresión, siendo que lo que omitió declarar fueron sus antecedentes de hernia discal con cirugía de columna lumbar.”

Coronario a lo anterior debe usted tener en cuenta el precedente vertical que en casos similares al resuelto el caso de la siguiente forma;

JUEZ PRIMERO (1º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA en el proceso radicado: 2020-00089, partes DEMANDANTE: NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., BANCO BBVA COLOMBIA S.A., RESOLVIO:

“

Ahora bien, de conformidad con reiterada Jurisprudencia Constitucional es preciso indicar que en aquellos casos en que las personas que contraen una obligación con una entidad bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio, y posteriormente sufren alguna enfermedad que influye en la invalidez declarada, y luego se les niega el pago del seguro, porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, aquello no puede ser catalogado de reticencia.

Ciertamente la Corte en la Sentencia STL7955-2018 al pronunciarse respecto a los parámetros jurisprudenciales sobre la aplicación de la figura de la reticencia expresó:

“...quienes deben probar esa figura son las aseguradoras, sin que se pueda concluir que por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, se falte a la verdad, ya que en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente para que se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el escrito, por lo que siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.”

En el presente caso, la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ en su interrogatorio indicó que al diligenciar la declaración de asegurabilidad no se le realizó exámenes médicos, lo cual fue corroborado por el Representante Legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. quien al preguntársele el por qué a la demandante no le exigieron un examen médico manifestó que: “la aseguradora acepta la información dada por la asegurada; pese a tener autorización de la demandante no buscaron su historia clínica porque ella había manifestado que estaba sana además que las preguntas son sencillas”.

En este orden de ideas, de lo extractado en los interrogatorios y en las documentales aportadas, se concluye que la aseguradora no realizó exámenes médicos previos a la demandante con el propósito de establecer el real estado de salud al momento de suscribir la póliza de seguro, como tampoco solicitó su historia clínica habiendo sido autorizada por la señora RADA JIMENEZ, lo cual, de conformidad con el precedente constitucional no da lugar a aplicar la reticencia alegada.

De conformidad con lo expuesto, la presente excepción no tiene vocación de prosperidad.

”

Valga la pena mencionar que esta sentencia fue **CONFIRMADA** mediante **SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA DE FECHA DE FACHA 9 JUNIO DEL AÑO 2022, PROFERIDA POR EL HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA, SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA, AL DESPACHO DE LA HONORABLE MAGISTRADA SUSTANCIADORA: VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ, Y BAJO EL RADICADO RADICACIÓN: 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01.)**, en la cual resuelve:

“1º.- CONFIRMAR los numerales 1, 2, 3, 4, y 6 de la sentencia fechada 15 de abril de 2021, aclarada mediante proveído de fecha 22 de abril del mismo año, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla - Atlántico, dentro del Proceso DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, adelantado por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ, contra las sociedades: BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., pero por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído.

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

2°.- MODIFICAR el numeral 4 de la sentencia apelada, el cual quedará así: *"De conformidad a lo normado en el artículo 365 del C.G.P. condénese en costas a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. Por el Despacho de primer grado tásense las agencias en derecho, e inclúyanse en la liquidación concentrada de costas que habrá de realizar la Secretaría del juzgado de primera instancia"*

3°.- Condénese a la demandada, BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., al pago de las costas de la segunda instancia. Tásense las agencias en derecho de esta instancia en cuantía equivalente a dos (2) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes; e inclúyanse en la liquidación conjunta de costas.

4°.- Por la Secretaría de esta Sala devuélvase el expediente al juzgado de origen, para lo de su competencia."

Por lo antes expuesto esta excepción no deberá prosperar

III 2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

No es cierto lo planteado por el apoderado de la demandada como quiera que **JUEZ PRIMERO (1°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA en el proceso radicado: 2020-00089, partes DEMANDANTE: NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ DEMANDADO: ASEGURADORA BBVA SEGUROS, BANCO BBVA COLOMBIA S.A., RESOLVIO** este asunto así;

"Tomando en consideración a todos los preceptos de índole jurisprudenciales y doctrinales, no es admisible pretender endilgar en cabeza de **ASEGURADORA BBVA SEGUROS.**, la obligación de realizar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo de los posibles candidatos a ser asegurados, pues, al ser el contrato de seguros de vida grupo deudores un contrato peculiar, el mismo se erige o fundamenta sobre el principio de la buena fe, el cual le otorga especial importancia al deber de información que se deben las partes intervinientes durante todo el desarrollo del negocio contractual. Contrario a lo manifestado por el demandado ASEGURADORA SOLIDARA DE COLOMBIA., la Corte Constitucional al analizar casos similares al que nos ocupa ha indicado que las aseguradoras deben ser diligentes en el momento de la suscripción de la póliza y realizar exámenes médicos o exigir unos recientes para verificar el verdadero estado de salud del asegurado y tener claridad sobre el riesgo asumido y las posibles preexistencias, de tal manera que "la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora".

Como se advirtió en el desarrollo de la anterior excepción, el demandado ASEGURADORA SOLIDARA DE COLOMBIA., no realizó los exámenes médicos a la demandante al momento de la suscripción de la póliza, siendo éste un elemento esencial para efectos de determinar la aplicación o no de la reticencia, pues, como ya se dijo, corresponde a la aseguradora la carga de demostrar los hechos que dan lugar a la

supuesta reticencia. De conformidad con lo expuesto anteriormente, se concluye que la excepción no está llamada a prosperar."

Reiteramos que esta sentencia fue **CONFIRMADA** mediante **SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA DE FECHA DE FACHA 9 JUNIO DEL AÑO 2022, PROFERIDA POR EL HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA, SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA, AL DESPACHO DE LA HONORABLE MAGISTRADA SUSTANCIADORA: VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ, Y BAJO EL RADICADO RADICACIÓN: 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01.)**.

Además, LA CORTE HA SOSTENIDO UNA LÍNEA JURISPRUDENCIAL DESDE AÑO 2010, EN LA CUAL HA ESTABLECIDO QUE ES NECESARIO Y OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS REALIZAR EXÁMENES O INSPECCIÓN A SUS ASEGURADOS.

SENTENCIA T-832 DE 2010

se estudió el asunto de una profesora madre cabeza de familia de 54 años de edad, afectada por disfonía y con pérdida de capacidad laboral del 77.5%, a quien una aseguradora le negó pagar el valor de un seguro de vida grupo deudores, bajo el argumento de una preexistencia. La Corte concedió la protección implorada y ordenó a Colseguros S.A. efectuar el trámite necesario para pagar al Banco Agrario el saldo insoluto de la obligación adquirida por la actora con dicho Banco.

Para arribar a esa dedición, esta Corporación encontró que la aseguradora *"fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores"*.

SENTENCIA T-316/15:

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA-Caso en que compañía de seguros omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de tomadora, por lo que no puede objetar el siniestro bajo el argumento de que la accionante incurrió en reticencia

La compañía aseguradora se encontraba facultada para conocer la historia clínica de la paciente, por lo que pudo estar al tanto del estado de salud de la tomadora. Así mismo, aquella ha podido y debido corroborar el estado de salud declarado por la fallecida por medio de la práctica de exámenes médicos o la solicitud de unos recientes, pues solo así habría podido conocer las condiciones vitales de la señora Rosa Tulia Cáceres. De lo anterior se desprende que la compañía de seguros no solo renunció a su potestad de conocer la historia clínica de la tomadora, sino que omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de la misma, por lo que no puede ahora objetar el siniestro bajo el argumento de que la accionante incurrió en reticencia.

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

Por lo cual debió la compañía realizar exámenes médicos o solicitar la historia clínica de mi cliente.

T-452-2015;

RETICENCIA-Prueba se encuentra en cabeza de la aseguradora

“Respecto de la carga de la prueba, la Corte estableció que en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguro, esta se encontraba en cabeza de la aseguradora y no del tomador o asegurado –según sea el caso–, pues es aquella quien debe consignar en el texto de la póliza las preexistencias a considerar, por lo que no es de recibo que posteriormente las alegue si, teniendo la posibilidad de conocerlas, no solicita los respectivos exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no es posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados”

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES-ERROR Y NEGLIGENCIA EN QUE INCURRIÓ AL MOMENTO DE NO SOLICITAR EXÁMENES MÉDICOS RECIENTES NO PUEDEN SER TRASLADADOS AL ASEGURADO - DEUDOR

*En el caso de los Seguros de Vida grupo Deudores, si bien el tomador y beneficiario del seguro es la entidad bancaria, y esta, a su vez, le asiste la obligación de informar sobre las circunstancias y situaciones que resultaron de la declaración que previamente realizó el deudor en calidad de asegurado sobre el estado del riesgo a asegurar, **la entidad aseguradora no puede alegar el desconocimiento de dicha información para no hacer efectivo el pago del saldo insoluto de la deuda, pues el error y la negligencia en que incurrió al momento de no solicitar los exámenes médicos recientes, no pueden ser trasladados al asegurado-deudor***

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES-ANTE OMISIÓN DE ASEGURADORA DE PROBAR PREEXISTENCIA NO CABRÍA SANCIONAR A LA DEMANDANTE

Esta Sala estima que ante la omisión de la aseguradora de probar la preexistencia no cabría sancionar a la accionante, pues la carga de declarar su real condición de salud no puede convertirse en excesiva para ella, máxime si se tiene en cuenta que en el presente caso, la fecha de estructuración de la enfermedad que dio origen a la pérdida de capacidad laboral es posterior a las fechas de desembolso de los créditos, por lo que no puede alegarse una reticencia cuando no se probó la mala fe en la declaración de asegurabilidad, toda vez que no se demostró que la agenciada conocía con certitud su estado de salud para el momento en que se hizo parte del contrato de seguro. Por consiguiente, se ordenará a la aseguradora, proceder a iniciar los trámites correspondientes para hacer efectiva la póliza de seguro, con el fin de cancelar el saldo insoluto de las obligaciones adquiridas con el Banco BBVA

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES-CASO EN QUE ACAECIÓ EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Habiéndose demostrado en el presente caso, que la aseguradora pese a tener los medios para conocer la preexistencia, ni solicitó exámenes previos ni tampoco probó la mala fe por parte del asegurado, ya que no se pudo evidenciar que el accionante conocía plenamente sus enfermedades al momento de dar la información sobre el estado del riesgo a asegurar, esta Sala revocará el fallo proferido el 26 de junio de 2014, por el Juzgado Dieciocho Civil Municipal, que declaró improcedente la acción de tutela instaurada contra el Banco de Bogotá y Seguros de Vida Alfa S.A., y en su lugar, ordenará a la entidad aseguradora, hacer efectiva la póliza de seguro de vida suscrita, en razón de haber acaecido el riesgo de incapacidad total y permanente

RETICENCIA-JURISPRUDENCIA HA ESTABLECIDO REQUISITOS PARA QUE SE CONFIGURE

En lo que respecta a la reticencia alegada por Seguros Suramericana S.A. como eximente de responsabilidad para el pago efectivo de la póliza suscrita por el riesgo de invalidez, se encuentra que la jurisprudencia constitucional ha establecido que además de que la carga de la prueba de las preexistencias recae en cabeza de las aseguradoras, no podrán alegarlas si (i) no solicitaron un examen de entrada y (ii) no demostraron la mala fe en la omisión de información del asegurado-deudor; obligaciones que no cumplió Seguros Suramericana S.A. y, por tanto, no es posible que debido a su negligencia, el accionante deba seguir asumiendo una deuda que adquirió cuando se encontraba en perfectas condiciones de salud, máxime si se tiene en cuenta que carece de recursos económicos suficientes para ello.

Su señoría note usted que la jurisprudencia de la corte constitucional si obliga a las compañías de seguros en los seguros de vida de deudores a solicitar exámenes y/o historias clínicas para constatar el estado de salud de sus clientes.

T-609 de 2016:

se analizó el asunto de una señora que solicitó a Seguros Bolívar el pago de la Póliza, ya que debido a la insuficiencia renal crónica que padecía fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 57.25%. La aseguradora denegó lo solicitado bajo el argumento de que la actora incurrió en reticencia, pues no declaró su verdadero estado de salud, lo cual genera la nulidad relativa del contrato.

En esa ocasión, este Tribunal **concluyó que la demandada no demostró la reticencia, tras reiterar que: (i) para que se configure dicho fenómeno, es necesario que la aseguradora pruebe que el tomador del seguro actuó de mala fe; y (ii) la aseguradora no puede alegar la nulidad del contrato, si no solicitó exámenes médicos al asegurado, o si habiéndolo hecho no especificó dentro del contrato las enfermedades que no cubriría.** En esa medida, la Corte concedió el amparo implorado y, por ende, ordenó a la aseguradora pagar a la demandante el monto de la póliza de seguro a la que tenía derecho, con ocasión al acaecimiento del riesgo.

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

T-670 de 2016

se examinaron las situaciones de dos personas, de las cuales, una había adquirido un crédito de libranza que fue amparado con la suscripción de un seguro de vida deudores con Colmena Seguros S.A.. Esa persona fue calificada con pérdida de capacidad laboral del 100%, en tanto presentaba como diagnóstico: "leucemia linfoblástica con secuela infiltración meníngea con alteración patrón de marcha" y "psicosis orgánicas, síndrome prefrontal orbito frontal/medial secundario a enfermedad celebrer". El accionante solicitó hacer efectiva la póliza, pero la aseguradora se negó al alegar reticencia, dado que él había actuado de mala fe, pues no declaró que padecía de leucemia desde los 10 años de edad.

Si bien se consolidó carencia actual de objeto por daño consumado, ante la muerte del peticionario, lo cierto es que la Corte consideró adecuado acceder a la pretensión que en vida reclamó el actor, esto es, que se saldara la deuda del crédito. Para arribar a esa decisión, esta Corporación encontró que la reticencia o inexactitud del contrato por falta de información era inoponible, **al evidenciar que la aseguradora: (i) no realizó examen médico previo al accionante; (ii) ni solicitó que allegara valoraciones médicas recientes con miras a establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el contrato; (iii) tampoco verificó previamente la información en su historia clínica, pese a tener autorización expresa del tomador; y (iv) con todo, aceptó el seguro y habilitó la cobertura del riesgo asegurado.**

T-251 DE 2017:

consideró que el actuar de la aseguradora desconocía los derechos fundamentales de la accionante, dado que: (i) debió ser diligente a la hora de verificar el estado de su salud, más si tenía la autorización de la misma para verificar su historia clínica; (ii) asimismo, debió practicarle un examen médico para conocer su verdadero estado de salud; y (iii) cuando menos, debió haber indagado de forma precisa si tenía alguna enfermedad con el fin de adjudicar ese tipo de pólizas.

Enfatizó que "la aseguradora es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones o imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, en la medida en que el tomador de la póliza se adhiere inexorablemente a los términos y condiciones allí establecidas, por lo que mal podrían trasladársele esas irregularidades. Al no referirse a la obligación relacionada con la imposibilidad de tomar el contrato ante el diagnóstico de la enfermedad de alzheimer, tal imprecisión no puede ser asumida por quien no puso las condiciones sino que simplemente las cumplió, y bajo esa lógica la parte dominante de la relación contractual no puede aducir su propia incuria para sustentar la no afectación de la póliza."

LA SENTENCIA T 027-2019:

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGUROS-Deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR



3135044306



CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

La Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) 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

82.3. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.

82.4. Si la aseguradora conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas en precedencia, no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado.

La aseguradora tiene la obligación de realizar una de las siguientes acciones, con el propósito de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato: **a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado.**

Requisitos que no han sido probados por la compañía de seguros.

Por lo anterior no realizaremos mayores precisiones pues solo material probatorio anexo y las normas utilizadas por la apodera de la parte demandada hablara por sí misma dentro de este proceso.

Por lo antes expuesto esta excepción no deberá prosperar

III 3. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

No compartimos los planteamientos desarrollados por el apoderado de la demandada, debido a que afirma que no deben probar la mala fe que presuntamente tuvo mi poderdante, aun cuando la JURISPRUDENCIA ENSEÑA TODO LO CONTRARIO.

Señor juez, debe usted tener en cuenta que los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe, así lo establecido en la: **RECIENTEMENTE LA CORTE CONSTITUCIONAL, SENTENCIA T-61, FEB. 18/20 (M. P. ALBERTO ROJAS RÍOS).**

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

Se pronunció así:

la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como reticencia, sino que es necesario demostrar la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato le resulte más oneroso o que la aseguradora desista de asumirlo.

EN ESTE SENTIDO, CORRESPONDE A LAS ASEGURADORAS:

(i) Demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, es decir, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada.

(ii) Desplegar todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras están vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron, esto es si se abstuvieron de verificar la información habiendo podido hacerlo, pues mal haría el juez en validar negligencias.

(iii) Demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.

Por su parte la **SENTENCIA DE RADICADO 027 DEL 2019, MAGISTRADO PONENTE: ALBERTO ROJAS RÍOS, DE FECHA TREINTA (30) DE ENERO DE DOS MIL DIECINUEVE (2019).**

“El principio de buena fe, a su vez, distingue de dos escenarios. El primero es la relación contractual en situaciones de simetría entre las partes; mientras que el segundo es la relación contractual en situaciones de asimetría⁵. En éstos últimos, la Corte Constitucional ha considerado que la buena fe implica una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual”.

Continúa la corte:

elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados⁶ y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado⁷.

⁵ Véase Corte Constitucional, sentencia T- 136 de 2013.

⁶ Véase Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

⁷ Establecer una obligación general de practicar exámenes médicos para todos y cada uno de los tomadores o asegurados podría implicar una carga desproporcionada para el asegurador, como se sostuvo en la sentencia C-232 de 1997. Sin embargo, ello no implica que el asegurador, en ocasiones, se exima de hacerlo. Para ello, ver sentencia 282 de 2016, la cual reitera el deber de realizar exámenes médicos establecido en las sentencias T-832 de 2010, T- 1018 de 2010, T- 393 de 2015.



3135044306



CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM

En cuanto el deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) 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 oneroso⁸ y; b) 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.

Ahora bien señor juez, está probado que mi poderdante actuó de buena fe, pero este no trae una sola prueba al plenario que prueba esta afirmación, además como podría tener mala fe mi prohijada en caso en particular por lo siguiente:

1. El seguro fue diligencia en las instalaciones del banco y fue tomado por las instrucciones de asesor del banco cuando mi cliente contrajo la obligación financiera – crédito con el BANCO BBVA.
2. Mi cliente en ningún momento actúa con mala fe, solo se limitó hacer lo que el asesor le ordeno y fue que solo firmara los formatos, para que los créditos se los aprobaran.
3. Señoría si existe la mala fe, esta estaría encabeza de los asesores del **BANCO** comoquiera que son ellos los que guían o les indican a sus clientes la forma en que deben diligenciar estos formatos, que son complejos y de mucha técnica comercial.
4. Para el momento en que mi cliente adquiere los productos, no informa el trámite de calificación precisamente porque el ASESOR NUNCA INFORMA (clausulado del contrato de seguros), este solo se limita a decirle a mi cliente que firme y coloque la huella.
5. Note su señoría que el crédito se encuentra al día.

Debe dársele aplicación a El aforismo “*Onus probandi incumbit actori*” se predica tanto del demandante como de quien enerva una excepción, por lo tanto, no se pudo pretender que sea el juzgador quien realice el trabajo de una de las partes en este proceso a excepciones de la regla de morigeraciones de carga probatorio, entiéndase carga dinámica, que para el caso concreto solo operaría a favor de mi poderdante.

Por lo antes expuesto esta excepci3n no deberá prospera.

III 4. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO EMERGENTE

No compartimos los planteamientos desarrollados por el apoderado de la demandada, debido a que afirma:

“podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales causado por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte demandante

⁸ Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014, reiterada en T- 282 de 2016.



manifiesta como daño emergente la suma de SIETE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (\$7.431.240), y CUARENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS M/CTE (\$46.970.715), **las cuales ni siquiera se encuentran debidamente discriminadas ni amparada en facturas, soportes de pago o cualquier otro documento contable o equivalente a las luces del Estatuto Tributario o del Código de Comercio**".

No es cierto, teniendo en cuenta que dentro del material probatorio se encuentra documentos denominado CONSULTA MOVIMIENTOS DE PRESTAMOS en que cual se puede ver claramente los conceptos pagados por mi poderdante, mes a mes, y valga la pena mencionar que este DOCUMENTO es generado por el BANCO BBVA, por lo cual no entendemos la postura del apoderado del demandado BANCO BBVA, si son precisamente los que saben lo que mi poderdante a cancelado cumplidamente su obligación crediticia. Por lo tanto, el DAÑO EMERGENTE PASADO P CONSOLIDADO se genera desde la fecha de la estructuración de la perdida de capacidad laboral hasta presentación de la demanda, y como mi poderdante continúa cancelando esta obligación crediticia el PERJUICIO continúa materializándose en DAÑO EMERGENTE FUTURO hasta que el señor JUEZ SE PRONUNCIE CON LA SETENCIA.

Por lo anterior no realizaremos mayores precisiones pues solo material probatorio anexo y las normas utilizadas por la apodera de la parte demandada hablara por sí misma dentro de este proceso.

Por lo antes expuesto esta excepción no deberá prosperar

III 5. A 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 DEL CONTRATO DE SEGURO.

No es cierto, teniendo que el BANCO BBVA no ha iniciado proceso judicial alguno en el cual hayan declarado a mi poderdante reticente, y como **en título III 1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR No. 02 262 0000058805 3. INCUMPLIMIENTO DE LA DEMANDANTE DE LA OBLIGACION DE DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, debido** a que las normas utilizadas por esta, lo que debelan precisamente es que NO EXISTE RETICENCIA O INEXACTITUD

Por lo anterior no realizaremos mayores precisiones pues solo material probatorio anexo y las normas utilizadas por la apodera de la parte demandada hablara por sí misma dentro de este proceso.

Por lo antes expuesto esta excepción no deberá prosperar

III 6 IMPOSIBILIDAD DE CONDENAR AL PAGO DE INTERESES MORATORIOS TODA VEZ QUE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA NO HA NACIDO

El apoderado del **DEMANDADO BANCO BBVA** una vez más trata de inducir al error al despacho, comoquiera que el título que le da a esta excepción no guarda relación con el desarrollo de esta Litis, como quiera que las pruebas allegadas al libelo demandatorio demuestra todo lo contrario a lo que pretende la parte demandada.

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

JUEZ PRIMERO (1º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA en el proceso radicado: 2020-00089, partes DEMANDANTE: NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ DEMANDADO: ASEGURADORA SOLIDARA DE COLOMBIA. BANCO BBVA COLOMBIA S.A., RESOLVIO este asunto así:

“

Por otro lado, la asegurabilidad que hizo la demandante frente al Banco BBVA estaba destinada a cubrir las contingencias generadas por muerte o por incapacidad parcial o permanente, evento que, de concretarse, como en efecto ocurrió, la inhabilitarían y sus obligaciones aseguradas por la póliza saldrían a respaldarla desde el preciso momento en que fue estructurada la fecha de su enfermedad.

Así mismo y de conformidad con el 1080 del Código de Comercio, «El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad».

Pero como el precepto 1077 al que esa norma remite exige la acreditación de «la ocurrencia del siniestro...». Es preciso advertir que en el proceso está acreditada la ocurrencia del siniestro, esto es, el dictamen pericial No. SR 101-19 de fecha 05 de Julio de 2019 expedido por Utnorte Atlántico que no fue objetado ni tachado de falso por lo que constituye plena prueba contra los demandados. Como se dijo, esta prueba es punto de partida para demostrar el acaecimiento del siniestro desde el cual se origina el derecho a que tiene la demandante de asegurarse sobre las obligaciones adquiridas con el BBVA COLOMBIA.

Frente a los argumentos de la aseguradora en el sentido que, "el hecho de que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno o devolución de dineros a la hoy demandante, por concepto del valor asegurado en la póliza, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 0110043, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad..." habrá de decirse que de acuerdo a las normas transcritas, era deber de la aseguradora, una vez que la hoy demandante le enrostró el dictamen pericial y al acreditar el siniestro, aun, incluso de manera extrajudicial, efectuar el pago del siniestro a la asegurada.

Así las cosas las anteriores excepciones no están llamadas a prosperar por lo que en la decisión se ordenará que la aseguradora devuelva a la actora todas las cuotas pagadas por la demandante desde la fecha en que se estructuró la enfermedad que según el dictamen pericial fue desde abril 12 de 2019 hasta la fecha de presentación de la demanda, además, junto con la devolución de tales cuotas, la aseguradora deberá pagar los intereses moratorios de conformidad con el artículo 884 del Código de Comercio. Así mismo la aseguradora deberá pagar el saldo

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR



3135044306



CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

insoluto que adeuda la demandante al banco junto con los intereses que se generen por la adquisición del crédito.

Reiteramos que esta sentencia fue **CONFIRMADA** mediante **SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA DE FECHA DE FACHA 9 JUNIO DEL AÑO 2022, PROFERIDA POR EL HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA, SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA, AL DESPACHO DE LA HONORABLE MAGISTRADA SUSTANCIADORA: VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ, Y BAJO EL RADICADO RADICACIÓN: 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01.)**.

Conjuntamente señoría debe usted darle aplicación a El aforismo “*Onus probandi incumbit actori*” se predica tanto del demandante como de quien enerva una excepción, por lo tanto, no se pude pretender que sea el juzgador quien realice el trabajo de una de las partes en este proceso a excepciones de la regla de morigeraciones de carga probatorio, entiéndase carga dinámica, que para el caso concreto solo operaria a favor de mi poderdante.

Por lo anterior no realizaremos mayores precisiones pues solo material probatorio anexo y las normas utilizadas por la apodera de la parte demandada hablara por sí misma dentro de este proceso.

Por lo antes expuesto esta excepcione no deberá prospera

III 7. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

El apoderado del **DEMANDADO BANCO BBVA** una vez más trata de inducir al error al despacho, comoquiera que el título que le da a esta excepción no guarda relación con el desarrollo de esta Litis, como quiera que las pruebas allegadas al libelo demandatorio demuestra todo lo contrario a lo que pretende la parte demandada, NO EXISTE PRESCRIPCION.

Debe dársele aplicación a El aforismo “*Onus probandi incumbit actori*” se predica tanto del demandante como de quien enerva una excepción, por lo tanto, no se pude pretender que sea el juzgador quien realice el trabajo de una de las partes en este proceso a excepciones de la regla de morigeraciones de carga probatorio, entiéndase carga dinámica, que para el caso concreto solo operaria a favor de mi poderdante.

Por lo antes expuesto esta excepcione no deberá prospera

III 8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS. 1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR No. 02 262 0000058805, 2. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN, 3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA COLOMBIA S.A

SEÑOR JUEZ Debe dársele aplicación a El aforismo “*Onus probandi incumbit actori*” se predica tanto del demandante como de quien enerva una excepción, por lo tanto, no se pude pretender que sea el juzgador quien realice el trabajo de una de las partes en este proceso a excepciones de la regla de

modificaciones de carga probatorio, entiéndase carga dinámica, que para el caso concreto solo operaría a favor de mi poderdante.

Por lo antes expuesto esta excepción no deberá prosperar

IV PETICIONES

Con fundamento en lo expuesto solicitamos:

1. Declarar no probada las excepciones de mérito propuesta por los demandados.

V. PRUEBA Y ANEXO

1. Copia de la sentencia proferida por el Magistrado ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA SC3791-2021 Radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01
2. Copia de la sentencia proferida por el JUEZ PRIMERO (1º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA en el proceso radicado: 2020-00089.
3. Copia de la SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA DE FECHA DE FACHA 9 JUNIO DEL AÑO 2022, PROFERIDA POR EL HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA, SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA, AL DESPACHO DE LA HONORABLE MAGISTRADA SUSTANCIADORA: VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ, Y BAJO EL RADICADO RADICACIÓN: 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01
4. Copia de la sentencia del juzgado tercero civil municipal
5. Copia del email de fecha 16 mayo 2023 en el cual se notifica a la compañía de seguros
6. Copia de la sentencia confirmando expedida por el juzgado segundo del circuito de barranquilla
7. Copia de la circular externa 50 de 2015 expedida por la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

VI PRONUNCIAMIENTO PRUEBA SOLICITADA POR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

EN CUANTO A LOS TESTIMONIALES:

- Doctora ALEXANDRA QUECANO
- Doctora KATHERINE CÁRDENAS
- Doctora ANA MARÍA BARÓN MENDOZA

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

Señoría debe usted negar estas pruebas como quiera que el apoderado manifiesta "para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía", ósea que no son testigos directos por lo cuales no van hacer sus testimonios conducente, pertinente y útil como quiera que se basaran su testimonio en sus posiciones además que este testimonio resulta ser IMPARCIAL como lo establece el "**ARTÍCULO 211. IMPARCIALIDAD DEL TESTIGO**". Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales u otras causas." "**ARTÍCULO 168. RECHAZO DE PLANO**. El juez rechazará, mediante providencia motivada, las pruebas ilícitas, las notoriamente impertinentes, las inconducentes y las manifiestamente superfluas o inútiles."

EN CUENTO A LA EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS; 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG; CLÍNICA GENERAL DEL NORTE; UT NORTE REGIÓN 6;

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.429.831, desde el año 2018 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por de la señora Noredy Esther Lastra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites de calificación

Señoría debe usted negar estas pruebas por las siguientes razones:

1. Estos documentos fueron aportados en el libelo demandatorio
2. Mi poderdante autorizo a la demanda para que tuviera acceso a todo su historial clínico.
3. El apoderado no aporta la gestión de haber solicitado ante las entidades estos documentos

EN CUANTO A QUE SE ORDENE OFICIOS:

Señoría debe usted negar estas pruebas por las siguientes razones:

1. Estos documentos fueron aportados en el libelo demandatorio
2. Mi poderdante autorizo a la demanda para que tuviera acceso a todo su historial clínico.
3. El apoderado no aporta la gestión de haber solicitado ante las entidades estos documentos

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR



3135044306



CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**

Atentamente,



CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

C.C. No 1.043.840.311

T.P. No 249.712 C.S. De la J.



S&H
ABOGADOS
ESPECIALISTAS

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

 **3135044306**  **CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@GMAIL.COM**

**CALLE 40 NO 43 - 125 PISO 2 OFI 24
BARRIO CENTRO
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO**



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

Magistrado ponente

SC3791-2021

Radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01

Aprobado en sesión virtual de veintiséis de noviembre de dos mil veinte

Bogotá, D. C, primero (1º) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

Se decide el recurso de casación que interpuso BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., contra la sentencia de 18 de diciembre de 2013, emitida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil-Familia de Descongestión, en el proceso seguido por Manuel Antonio Palacio Torres, quien cedió los derechos a Silvestre Marcelo Aroca Cotes, frente a la entidad recurrente.

1.- ANTECEDENTES

1.1. La pretensión. El demandante solicitó declarar la existencia de los seguros grupo de vida, con cobertura de incapacidad total permanente, y de accidentes personales.

Como consecuencia, condenar a la convocada a pagar las sumas aseguradas con intereses moratorios.

1.2. Los hechos. El actor ajustó con la convocada los dos amparos citados. Los valores asegurados ascendieron a \$40'000.000, el de vida e incapacidad total permanente, y a \$200'000.000, el de accidentes personales. Ambos vigentes desde el 27 de abril de 2007, hasta el 27 de abril de 2008.

El 19 de enero de 2008, el precursor sufrió un accidente de tránsito. Las fracturas de columna y brazo sufridas le ocasionaron pérdida de la capacidad laboral en el equivalente al 96.59%. Así lo dictaminó, el 12 de junio de 2008, la Fundación Médico Preventiva. Y el 22 de agosto, siguiente, la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar.

El Instituto de Medicina Legal, por su parte, determinó una incapacidad definitiva de sesenta días. Además, secuelas médico legales permanentes en la deformidad física y en la perturbación funcional tanto del miembro superior derecho como del órgano de locomoción.

El accionante se desempeñaba en el magisterio. Las valoraciones efectuadas por neurología, neurocirugía, fisioterapia, medicina interna y medicina laboral, conllevaron a decidir la separación del cargo que desempeñaba.

La aseguradora objetó la reclamación. Adscribió las lesiones del accidente a una pérdida de capacidad laboral solo del 34.96%. Las demás patologías eran anteriores, no

cubiertas por la póliza. El fundamento es falso. La Junta de Calificación de Invalidez de manera alguna hizo distinción. Fuera de esto, estaba obligada a practicar todos los exámenes antes de perfeccionar el seguro y ocurrir el siniestro. Sin embargo, se abstuvo de hacerlo.

1.3. La réplica. La interpelada resistió las pretensiones.

1.3.1. Relacionado con el seguro de vida y cobertura de incapacidad permanente, adujo nulidad relativa. Argumentó enfermedades preexistentes: ácido péptico con hernia hiatal, artritis erosiva y astigmatismo.

El actor no declaró las dolencias. En el formulario dispuesto, por el contrario, señaló que *«nunca había padecido problemas de estómago, duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo, ni había sufrido problemas de salud no contemplados en el cuestionario»*.

1.3.2. Asociado con la póliza de accidentes personales, adujo *«ausencia de cobertura»* de las lesiones sufridas.

En su sentir, la desmembración y la incapacidad total permanente estaba cubierta cuando las lesiones corporales eran consecuencia directa y única de un accidente amparado. No obstante, el porcentaje de incapacidad laboral establecido provenía de múltiples patologías, en tanto, las cobijadas solo ascendían al 34.96 %.

1.4. El fallo de primer grado. El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar, el 18 de mayo de 2012, declaró infundadas las defensas y condenó a la entidad accionada a pagar las sumas aseguradas con intereses moratorios.

1.5. La segunda instancia. Confirmó lo decidido, al resolver la alzada de la demandada.

2. RAZONES DEL TRIBUNAL

2.1. La reticencia o inexactitud del tomador del seguro acerca del estado del riesgo, como causa de nulidad relativa, debía ser de tal entidad que hubiera retraído al asegurador de celebrar el seguro o inducido a estipular condiciones más onerosas. El hecho no fue demostrado.

La relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo, no se refería, salvo pregunta expresa, a la gravedad de la dolencia padecida. Hacía relación al hecho que, conocido, *«hubiera permitido a la aseguradora tomar libremente a plena conciencia la decisión de asumir el riesgo en las condiciones iniciales o hacerlo en diferentes»*.

Cuando el tomador se sustrae a informar una enfermedad preguntada, permite entender que no la sufre. Si la padece, origina el contrato con la creencia de hechos que en realidad no existen. Y conduce a la aseguradora a *«emitir el consentimiento fundada en el error, lo cual se sabe, es un vicio del consentimiento generador de anulabilidad»*.

2.2. En el caso, el asegurado respondió negativamente el cuestionario presentado acerca de los problemas de salud inquiridos en aparatos, sistemas u órganos descritos. Con la demanda presentó copia de su historia clínica. Allí constaba que, en marzo de 2006, se le diagnosticó gastritis, hernia hiatal, artritis erosiva antral moderada y lumbago. Y esos padecimientos no los informó.

La reticencia o inexactitud pudo haber ocurrido. La aseguradora, empero, no debió contentarse con acreditar esos hechos. Le incumbía demostrar que, de haber conocido el estado de salud descrito, en efecto, la habría retraído de contratar. Como no cumplió la carga, no le asistía la razón.

2.3. El juzgado ordenó a la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar y La Guajira identificar la incapacidad laboral generada por el accidente de otras patologías.

La institución describió que el actor sufrió pérdida de fuerza en la mano derecha; dolor lumbar con irradiación esporádica a la pierna; imposibilidad para agacharse, subir, bajar escaleras, correr, caminar en punta del pie y talón, y para el movimiento de columna dorso lumbar.

Atribuyó los hallazgos al trauma de columna. Así mismo, *«una pérdida de capacidad laboral de 50.20 % según Decreto 917 de 1999 que, homologado para el Magisterio, queda en un porcentaje del 75.15 por ciento con origen en accidente común (tránsito) según decreto 3135 de 1968»*.

Las secuelas en la salud, por tanto, eran consecuencia del accidente de tránsito sufrido por el demandante. La prueba evacuada venía revestida de *«inmediación al ser el resultado del contacto directo con la víctima»*. Contrario a lo *«extruido de la realizada por la aseguradora BBVA que se basó únicamente en las historias clínicas»*.

2.4. En la póliza se impuso una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 75%. No obstante, si el artículo 38 de la Ley 100 de 1993, permitía acceder a la pensión cuando tal incapacidad era igual o superior al 50%, quiere decir que la restricción estipulada transgredía la ley.

Con todo, conforme al segundo dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, el porcentaje fue sobrepasado. Esto en virtud de la *«homologación que se hace al ser el tomador integrante del Magisterio»*.

2.5. Concluye así el Tribunal que el recurso de apelación no se encontraba fundado.

3. DEMANDA DE CASACIÓN

Los tres cargos formulados, replicados por la otra parte, la Corte los resolverá en el mismo orden. Aunque aunados los dos últimos por las razones que en su momento se dirán.

3.1. CARGO PRIMERO

Denuncia la violación directa, por interpretación errónea, del artículo 1058 del Código de Comercio.

Según la recurrente, el *ad quem* consideró que la reticencia o inexactitud del estado del riesgo, por sí, no era causal de nulidad relativa. Dijo que se requería demostrar, además, que la aseguradora, de haber conocido las circunstancias reales, la habría retraído de contratar o a incluir condiciones más onerosas.

En su sentir, la exigencia adicional era ajena a la norma. La equivocación estuvo en no tener como suficiente la acreditada reticencia e inexactitud.

3.2. CONSIDERACIONES

3.2.1. Fuera de discusión se encuentra que 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, en general, el artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio¹. Y lo reafirma, para el específico seguro de vida, el canon 1158, *ibidem*².

¹ «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, conocidos por el asegurador, lo hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro».

² «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».

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

3.2.2. El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. A su vez establece que se rigen por «*todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural*».

En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de *ubérrima bona fidei*. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su inmediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.

Ello, sin embargo, no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «*prescinda del examen médico*» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el fondo, ante la alternativa de

corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia.

Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. 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»*³. Todo, dijo en otra ocasión, *«mediante (...) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos»*⁴.

La *uberrimae bonae fidei*, por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados, al *«mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas»*. De modo que le corresponde al tomador expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, pero también al asegurador se le impone una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de *«pesquisa»* como ya los había exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio, sobre el entendimiento del texto en

³ CSJ. Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528.

⁴ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

cuestión, en el antecedente de casación civil de 19 de abril de 1999, expediente 4929, en el cual la Sala preconizó que la buena fe es *«un postulado de doble vía (...) que se expresa - entre otros supuestos- en una información recíproca»*, tesis reiterada el 2 de agosto de 2001, y reafirmada en el de el 26 de abril del 2007. Estos precedentes antes citados, pero que ahora recaba la Sala, estructuran una recia doctrina probable (artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe, pero también sobre la obligación de indagación en cabeza de la aseguradora.

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 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.

La regla, entonces, es que ninguno de los contratantes, mientras estuvo a su alcance, puede recargarse en el otro para evadir responsabilidad. El obrar de ambos debe estar guiado por una diligencia suma, especial, máxima. Y esto la diferencia de la exigida comúnmente en los demás negocios jurídicos. Así, relacionado con el estado de salud del potencial asegurado, por demás comprobable, el tomador debe declararlo sinceramente conforme al cuestionario propuesto, y la aseguradora, valorarlo a efectos de decidir si prescinde o no del examen médico⁵.

3.2.3. Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. Ello ocurre, por una parte, cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo (artículo 1058, *in fine*, del Código de Comercio⁶), no obstante, lo cual, aceptó celebrar el negocio asegurativo. En este caso se entiende que ninguna dificultad avizoró para otorgar el consentimiento. Y por otra, cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente.

⁵ Asociado con preexistencias, para la Corte constitucional, la empresa aseguradora es «negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso (...) a la póliza de vida grupo deudores» (Sentencia T-832 de 21 de octubre de 2010). Por esto, en otra ocasión acogió que una aseguradora «no puede alegar esta causal de nulidad (...), si no solicitó exámenes médicos al asegurado, o si habiéndolo hecho no especificó dentro del contrato las enfermedades que no cubrirla» (Sentencia T-609 de 9 de noviembre de 2010).

⁶ «Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allanó a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente».

Como tiene dicho esta Corporación, *«no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento»*⁷.

La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado.

3.2.4. El problema surge cuando las reticencias o inexactitudes aún persisten. De un lado, por no haber sido conocidas real o presuntamente por la compañía aseguradora. Y de otro, cuando el empresario del riesgo no ha saneado los vicios sobrevivientes expresa o tácitamente. En estas hipótesis, las faltas susceptibles de dar al traste con el contrato de seguro también deben ser excepcionales.

Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son *«relevantes»*⁸. Para la jurisprudencia constitucional, *«siempre y cuando recaigan sobre hechos o*

⁷ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

⁸ OSSA G., J. Efrén. Teoría General del Seguro. El Contrato. Editorial Temis. Bogotá 1991. pág. 333

circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo»⁹.

En el mismo sentido esta Corporación al asentar:

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

Lo dicho implica demostrar la reticencia o inexactitud. Igualmente, la incidencia de los vicios en el consentimiento. Esto último sin aquello, desde luego, no es posible ponderar. Se trata, entonces, de requisitos que se encadenan. De ahí que también se debe probar cómo el asegurador, en el caso de haber conocido la información ocultada, tergiversada o falseada, se habría «retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas» (artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio).

3.2.5. La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción.

Los artículos 177 del Código de Procedimiento Civil y 167 del Código General del Proceso, así lo establecen. Según su tenor, «incumbe a las partes probar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas

⁹ Corte Constitucional. Sentencia C 232 de 15 de mayo de 1997.

¹⁰ CSJ, Civil. Sentencia de 12 de septiembre de 2002, expediente 7011.

persiguen». Principios que responden al aforismo «onus probandi incumbit actori; reus excipiendo fit actor».

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

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

3.2.6. En el caso, el Tribunal no encontró la prueba de la trascendencia o incidencia de las inconsistencias

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

manifestadas por el actor, Manuel Antonio Palacio Torres, contenidas en la declaración del estado del riesgo, en la voluntad expresada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., la interpelada.

La recurrente no discute esa conclusión probatoria, inclusive, así sea equivocada. Su posición se justifica, en tanto, pone en entredicho es la hipótesis normativa a ser demostrada. Si fue adicionada desafortunadamente al artículo 1058 del Código de Comercio, esto, por sí, arrasaría lo discurrido en el campo de los hechos y su prueba. En caso contrario, se mantendría vigente, al margen del acierto.

El error *iuris in iudicando*, sin embargo, no se configura. El artículo 1058 del Código de Comercio habla de dos conductas. La del tomador o asegurado, respecto de las reticencias o inexactitudes en la descripción del estado del riesgo. Y la del asegurador, conocidas esas inconsistencias, la posibilidad de haberse *«retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas»*. Ambos hechos son los que, como se remata en el inciso final del mismo precepto, *«producen la nulidad relativa del seguro»*.

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 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.

La trascendencia dicha, desde luego, no puede confundirse con el nexo causal del hecho que causa el siniestro. En el acta 73 del Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio se observó que *«no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro»*¹². Empero, que la reticencia o inexactitud se relacione o no con el hecho del infortunio, es algo totalmente distinto a la magnitud de la falta. Según la incidencia que haya tenido en el consentimiento, al fin de cuentas, es lo que va a determinar la nulidad relativa.

Relacionado con el requisito de la trascendencia, el Tribunal no se equivocó al exigirlo. La norma la contempla. Establece que la reticencia o inexactitud, como causa de nulidad relativa del seguro, tiene lugar cuando de haberla conocido el asegurador lo *«hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas»*.

3.2.7. Para finalizar, la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que ésta Corte, con relación a la reticencia, ha

¹² Asociación Colombiana de Derecho de Seguros "Acoldesc". Bogotá, Unión Gráfica Ltda. 1983. páginas 91 y ss

venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima *bonna fides*, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida¹³. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecucional de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental

¹³ COLOMBIA, CSJ. SC Sent. del 15 de marzo de 1944, del 12 de diciembre de 1955, del 23 de septiembre de 1974, del 11 de marzo de 2004; del 13 de julio de 2005; y del 30 de junio de 2011.

del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. Este punto por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 5. La obligación de hacer una interpretación *pro consumatore* de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela.

Sobre el particular, en reciente acción constitucional por unanimidad, en la radicación 11001-02-03-000-2020-00827-00, la Sala realzó la doctrina de la sentencia T-282 de 2016, donde se explican algunos de los criterios expuestos antes:

•En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. {...}

•22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la "reticencia", deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.

•El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito 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.

•23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento

subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene **una doble carga**: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición» (negritas del texto original y subrayas de la Sala)

Sin embargo, la premisa de la causalidad a la que alude la tutela de la radicación 11001-02-03-000-2020-00827-00, al citar la sentencia T-282 de 2016, ya había sido expuesta por esta Sala en varias providencias, como en la siguiente:

«Resulta tan significativo lo expuesto en los párrafos anteriores, que si la (...) aseguradora –en su oportunidad– hubiera conocido los (...) hechos alusivos al riesgo, muy **seguramente, dependiendo de su fuerza intrínseca, de su adecuación causal**, se hubiera abstenido de contratar o, por lo menos, no en las mismas condiciones económicas, criterio (...) proejado por la codificación comercial para establecer, a manera de 'prognosis póstuma', si en efecto las reticencias o las inexactitudes en que haya incurrido el otrora candidato a tomador, conforme a las circunstancias, **fueron determinantes de cara al juicio volitivo realizado por el asegurador, situación frente a la cual, en caso afirmativo, será procedente la declaratoria de la nulidad (...).**

«(...) **Establecido lo que precede (...), se torna imperativo registrar que en la legislación colombiana, per se, no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intención del asegurador (...).** De ahí que en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, **no por ello (...)** **abrirse paso la anulación (...),** dado que en punto tocante con vicisitudes advertidas -o advertibles- por la entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo asegurativo (...) **el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción ex lege** asignada a las prenotadas reticencia o inexactitud: la nulidad relativa (...)¹⁴.

Y esa forma de comprender la reticencia, vino a ser reiterada en la T-027 de 2019 por la Corte Constitucional,

¹⁴ CSJ SC. Sentencia SC de 2 de agosto de 2001, Radicación #6116.

enfatisando que la aseguradora debía acreditar: *i)* El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro, y *ii)* La mala fe al celebrar dicho negocio jurídico; carga que en el presente caso no se atendió. En este antecedente, dijo la homóloga constitucional:

«[...] [L]a carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que, si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

«[E]l deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

«[D]esplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado»¹⁵.

¹⁵ COLOMBIA, CConst. Sent. 027 del 30 de enero de 2019, Mg. Pon. Dr. Alberto Rojas Ríos.

3.2.7. El cargo, en consecuencia, se encuentra llamado al fracaso.

3.3. CARGO SEGUNDO

3.3.1. Acusa la violación de los artículos 1036, 1037, 1045, 1054, 1056, 1072 y 1077 del Código de Comercio, a raíz de la comisión de errores de hecho probatorios.

3.3.2. Según la censura, el Tribunal se equivocó al fijar la incapacidad del demandante, Manuel Antonio Palacio Torres, superior al 75%.

3.3.2.1. Desacertó al valorar el escrito de aclaraciones y complementación del dictamen elaborado por la Junta Regional de Invalidez.

Para el efecto se tomaron los parámetros del Decreto 917 de 1999. Conforme a esa normatividad el resultado de invalidez equivalía al 50,20%. El perito, no obstante, decidió aplicar el decreto 1335 de 1968, por cuanto el actor se *«desempeñaba como docente del magisterio»*. Esa consideración, dice, es jurídica, no fáctica, y es distinta al *«grado de invalidez en tratándose de un contrato de seguro»*.

3.3.2.2. Pretirió el testimonio de César Augusto Carrascal Anzoátegui, médico laboral, autor del dictamen aportado con la contestación de la demanda. En su declaración explicó que la incapacidad del precursor es

inferior al porcentaje estipulado (75%) para la ocurrencia del riesgo amparado en la póliza accidentes personales.

Acota, por esto, la incapacidad de la Junta Regional de Invalidez es equivocada. Resultaba de tomar patologías anteriores que aquejaban al demandante. Todo sin relación alguna con el accidente de tránsito. Y no era posible aplicar el decreto 3135 de 1968, como tampoco la normatividad del Código Sustantivo del Trabajo, pues el hecho del siniestro no ocurrió en ejercicio de la actividad laboral. Correspondía, entonces, era aplicar el Decreto 917 de 1999.

3.3.2.3. Cercenó el dictamen elaborado por César Augusto Carrascal Anzoátegui, aportado con la contestación a la demanda. Prueba con la cual se demostraba que las lesiones producidas en el accidente de tránsito ocurrido en enero de 2008, únicamente generaron una incapacidad equivalente al 34.96%. La experticia, sin embargo, fue descartada por haberse sustentado en la historia clínica y no en el examen directo del paciente.

3.3.3. Considera la recurrente, por tanto, que el fallo impugnado debe ser casado y proceder de conformidad.

3.4. CARGO TERCERO

3.4.1. Denuncia la violación directa de los artículos 1602 del Código Civil, 1056 del Código de Comercio y 38 de la Ley 100 de 1993.

3.4.2. Para la censura, el Tribunal se equivocó al confrontar la cobertura del contrato de seguro, una incapacidad total permanente superior al 75%, con la constitutiva de invalidez laboral, 50% o más, establecida en el régimen de seguridad social. Esto, para significar que aquella era contraria a esta última.

El error consistió en aplicar al régimen de los seguros comerciales privados el sistema de seguridad social. Lo mismo, al exigir, contrariando la autonomía privada, una incapacidad laboral igual o superior al 50%.

3.4.3. Solicita, en consecuencia, casar la sentencia del *ad-quem*, revocar la del juzgado y negar las pretensiones.

3.5. CONSIDERACIONES

3.5.1. El estudio conjunto de los cargos se justifica. Como se observa, ambas acusaciones se refieren al seguro de accidentes personales. Si bien el Tribunal consideró que la cobertura de incapacidad laboral amparado no debía ser superior al exigido en el sistema de seguridad social, cierto es, encontró que el porcentaje al respecto demostrado había sido superior al 75% estipulado en la póliza.

El cargo tercero, por tanto, solo tendría trascendencia en la hipótesis de quedar desvirtuado que el porcentaje de incapacidad laboral sufrido en el accidente era inferior a dicho 75%. En definitiva, la acusación enderezada por la vía directa, pende de lo que se fije probatoriamente en el punto.

3.5.2. Los errores de hecho en casación, bien se sabe, se refieren a la materialidad y objetividad de las pruebas. Por una parte, se asocian con su presencia física en el proceso. Por otra, con la fijación de su contenido. Lo primero ocurre cuando se omiten o se inventan. Y lo segundo, supuesta su verificación material, cuando se tergiversan por adición, cercenamiento o alteración.

Requieren para su estructuración, además, en cualquier hipótesis, que sean manifiestos o evidentes, esto es, perceptibles a los sentidos. Igualmente, trascendentes o incidentes, lo cual traduce en que hayan determinado la decisión final, en una relación necesaria de causa a efecto.

Las faltas, por lo mismo, deben referirse a cada prueba en particular. Si para verificarlas se confrontan medios, los errores serían inexistentes. Dicho trabajo supone que los distintos elementos de juicio fueron valorados en forma acertada en los campos material y objetivo. La labor de mostrar incompatibilidades, concatenaciones, exclusiones y conclusiones probatorias, o de controvertir la licitud o legalidad de las pruebas, corresponde a polémicas de raciocinio o de diagnosis jurídica y no de los sentidos.

Los problemas de fijación de hechos, menos pueden confundirse con su subsunción normativa. La violación directa de la ley sustancial implica para el recurrente aceptar todo el contenido fáctico en la forma como fue señalado por el Tribunal. En tal caso, los errores *iuris in iudicando* se relacionan únicamente con la aplicación, inaplicación y alcance de los preceptos que, conforme a los hechos establecidos, eran los llamados a gobernar el caso.

3.5.3. Las precisiones anteriores son de capital importancia hacerlas, en dirección de resolver los errores de hecho probatorios enrostrados.

3.5.3.1. Relacionado con la apreciación del escrito de aclaraciones y complementaciones del dictamen de la Junta Regional de Invalidez, los errores son inexistentes.

Para la censura, dicha prueba determinó una invalidez del 50.20%, todo de acuerdo con lo establecido en el Decreto 917 de 1999. Esto mismo lo advirtió el *ad-quem*, al concluir *«una pérdida de capacidad laboral de 50.20 % según Decreto 917 de 1999 que, homologado para el Magisterio, queda en un porcentaje del 75.15 por ciento con origen en accidente común (tránsito) según decreto 3135 de 1968»*.

En lugar de disensos probatorios lo que se aprecia son consensos. La divergencia radica es en las equivalencias consagradas para el personal *«docente del magisterio»*. Esa cuestión, como se advierte en el mismo cargo, atañe es a un *«asunto jurídico»*, no factual, por *«entero distinta a la*

determinación del grado de invalidez en tratándose de un contrato de seguro». En últimas, el problema sería de subsunción normativa del hecho probado.

3.5.3.2. La declaración del médico laboral, César Augusto Carrascal Anzoátegui, así como el dictamen que el mismo deponente realizó para ser aportado con la respuesta a la demanda, nada pudo ser valorado erradamente.

El Tribunal, simplemente, encontró desvirtuadas esas pruebas. Esto implica que la existencia material de tales medios no solo fue constatada, sino que su contenido no fue tergiversado. Distinto es que no se les haya dado crédito. De un lado, por venir revestido el dictamen de la Junta Regional de Invalidez de *«inmediación al ser el resultado del contacto directo con la víctima»*. De otro, porque la prueba sobre el particular proveniente de la *«aseguradora BBVA (...) se basó únicamente en las historias clínicas»*.

Las faltas, en la hipótesis de haber existido, serían de valoración de las pruebas en conjunto conforme a las reglas de la sana crítica. Independientemente de los porcentajes de incapacidad indicados en el dictamen aportado con la contestación de la demanda y en el testimonio del médico laboral, la aseguradora debió aplicarse a poner de presente que la prueba infirmada no era la aportada por ella, sino la que provenía de la Junta Regional de Invalidez.

3.5.4. Lo discurrido lleva a seguir que los errores estrictamente jurídicos denunciados en el cargo tercero, no

se configuran. La vida de los mismos pendía de desvirtuar las conclusiones del Tribunal que señalaban la homologación del porcentaje de incapacidad permanente superior al 75%, ciertamente, al pactado en la póliza.

Como tiene explicado la Corte, *«(...) cuando la sentencia se basa en varios motivos jurídicos, independientes, pero cada uno con fuerza suficiente para sustentar la decisión jurisdiccional, no es difícil descubrir que si la censura en casación es ineficaz para desvirtuar todos los soportes del fallo, porque permanece en vigor alguno que le mantiene su firmeza en derecho, el recurso no es susceptible de prosperar, aún en el supuesto de que fueran destruidos los motivos restantes de la sentencia acusada»*¹⁶.

Significa lo dicho que en el eventual caso de haberse equivocado el Tribunal al hacer actuar el porcentaje de incapacidad laboral establecido en el sistema de seguridad social, por encima del pactado en la póliza de accidentes personales, la sentencia no podría ser casada. Esto al quedar indemne que dicho porcentaje, en todo caso, fue sobrepasado, todo, en virtud de la *«homologación que se hace al ser el tomador integrante del Magisterio»*.

Empero, en el fondo del asunto, el presunto yerro también deviene deleznable por dos razones: La primera tocante con la legalidad de la prueba pericial rendida por la Junta Regional de Calificación, que de ningún modo se halla

¹⁶ CSJ Civil Sentencia de 3 de junio de 2014, expediente 00218, reiterando sentencia 134 de 27 de junio de 2005 y G. J. Tomos LXXXVIII 596 y CIJ-199.

incurra en *erro facti in iudicando* en la modalidad de derecho, por cuanto ese medio no es inconducente o ineficaz, para estimar pérdidas de capacidad laboral en el ámbito aseguratorio, pues para su función procedía como organismo autorizado por el ordenamiento para realizar la calificación de la invalidez, como un auténtico perito calificado, conforme al artículo 3 numeral 1º del Decreto 2463 de 2001¹⁷, vigente para entonces¹⁸, y según el cual, se disponía: **«Calificación del grado de pérdida de la capacidad laboral.** Corresponderá a las siguientes entidades calificar el grado de pérdida de la capacidad laboral en caso de accidente o enfermedad:

«1. Las juntas regionales de calificación de invalidez decidirán sobre las solicitudes de calificación de pérdida de la capacidad laboral requeridas por las autoridades judiciales o administrativas, evento en el cual, su actuación será como peritos asignados en el proceso. Las juntas de calificación de invalidez también actuarán como peritos en los casos de solicitudes dirigidas por compañías de seguros cuando se regulara calificar la pérdida de capacidad laboral» (se subraya).

La segunda razón que torna eficaz la prueba pericial de la Junta, en relación con la póliza, tiene que ver con cuanto se razona líneas adelante, en el ítem siguiente, en lo relativo a los deberes mayores con relación a los textos de las pólizas, que por virtud de la posición dominante corresponden al asegurador.

¹⁷ COLOMBIA. Diario oficial 44.652 del 21 de noviembre de 2001.

¹⁸ Teniendo en cuenta que el Decreto 1352 de 2013, derogó aquellas disposiciones.

3.5.5. No puede perderse de vista que las «*lesiones corporales*» debían provenir directamente del riesgo de accidentes personales; por lo tanto, la incapacidad total permanente debía estar estrechamente vinculada con el quehacer o actividad del asegurado.

Así se previó en la cláusula primera de la póliza. Una de las «*pérdidas o inutilización*» amparadas, precisamente, se relacionaba con la «*incapacidad total y permanente que le impida al asegurado desempeñar en forma total y permanente su ocupación habitual o empleo para el cual esté razonablemente calificado por causa de su educación, entrenamiento o experiencia y cuyo dictamen de invalidez indique una pérdida funcional igual o superior al 75%*».

Lo anterior significa que la condición del asegurado como «*docente del magisterio*» era preponderante. Las «*pérdidas o inutilización*» debían estar atadas a su profesión. De ahí que, al margen de las diferencias entre el régimen de seguridad social y las coberturas de las pólizas de seguros, resultaba razonable aplicar los porcentajes establecidos para el personal docente del magisterio.

La posibilidad de restricción en la determinación de los porcentajes de incapacidad total permanente debió pactarse expresamente. En el caso, que solo aplicaban las establecidas en el Decreto 917 de 1999, contenido del

Manual Único para la calificación de invalidez¹⁹, y no el resultado de la homologación prevista para el personal docente del magisterio, aludido en el Decreto 1335 de 1968. Como así no fue estipulado, la profesión del asegurado es la que prevalece para dichos propósitos. Precisamente, se trata de la aplicación de los principios, valores y derechos que desde el ordenamiento, partiendo de la supremacía constitucional irradian todas las leyes, tal como el principio *pro consumatore*, previsto en las reglas del derecho del consumidor y usuarios de servicios.

En el punto, recuérdese, que la Sala, así como la Corte Constitucional, han venido sosteniendo que como el contrato de seguros es de adhesión, y que en la actividad, la compañía ostenta posición dominante, los deberes son superiores. El máximo juez constitucional en el punto, al acrisolar con mayor rigor, su doctrina, recientemente ha dicho:

«La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores.

«[...] El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

¹⁹ El Manual Único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, cuya expedición corresponde al gobierno, actualmente se encuentra contenido en el Decreto 1507 de 2014.

«(...)El segundo –consecuencia del primero– es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil»²⁰.

En síntesis, la interpretación de la póliza debió realizarse por la aseguradora siguiendo el principio *pro consumatore*, resolviendo toda duda a favor del asegurado o usuario, y además, en la póliza misma debió expresar que excluía para el tomador la aplicación del régimen especial de los docentes, o los demás aspectos que ahora reprocha con relación a la declaración aseguraticia, mediante cláusulas expresas y claras, las coberturas o los asuntos que no cobijaba o los cláusulas convenientes para estimar de manera precisa el riesgo asegurable.

3.5.6. Lo expuesto es suficiente para negarle prosperidad a cualquiera de los cargos conjuntados.

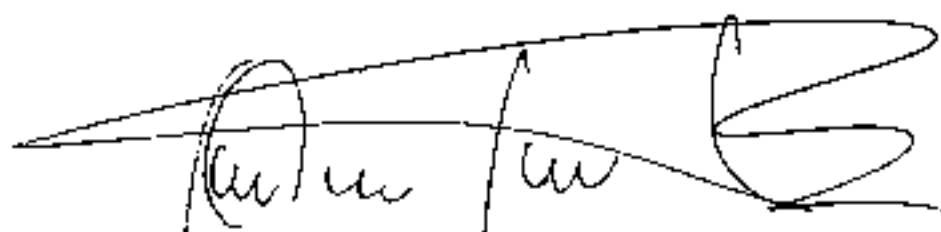
5. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **no casa** la sentencia de 18 de diciembre de 2013, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil-Familia, de Descongestión, en el proceso seguido por Manuel Antonio Palacio Torres, quien cedió los derechos a Silvestre Marcelo Aroca Cotes, frente a BIVA Seguros de Vida Colombia S.A.

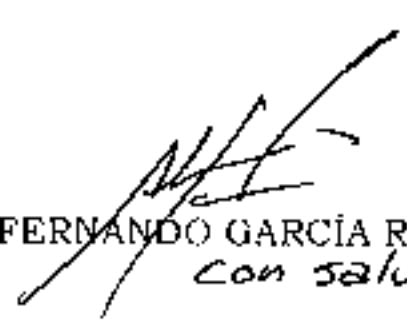
²⁰ COLOMBIA. C. Const. Sent. de Tutela T-027 de 2019.

Las costas en casación corren a cargo de la demandada recurrente. Ante la oposición formulada, en la liquidación, inclúyase la suma de seis millones de pesos (\$6'000.000.00) por concepto de agencias en derecho.

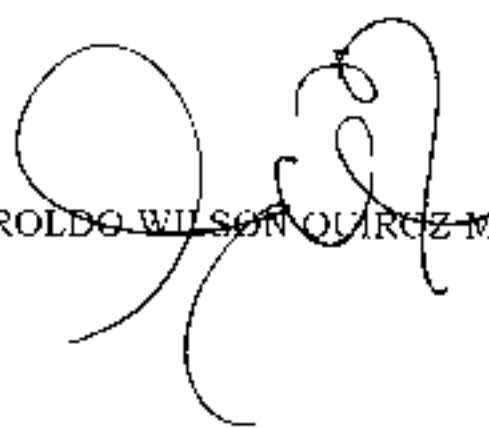
Cópiese, notifíquese y cumplido lo pertinente vuelva el expediente a la oficina de origen.



LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
(Presidente de la Sala)



ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO
con salvamento de voto

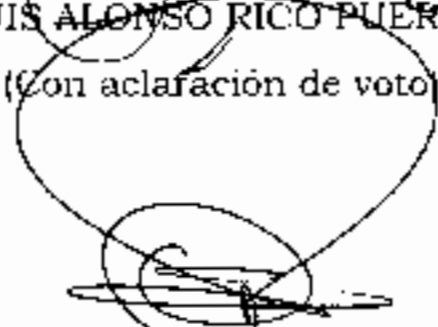


AROLDO WILSON QUIRÓZ MONSALVO



LUIS ALONSO RICO PUERTA

(Con aclaración de voto)



OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Con aclaración de voto.



FRANCISCO TERNERA BARRIOS



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

SALVAMENTO DE VOTO

Radicación n.º 20001-31-03-003-2009-00143-01

De acuerdo a lo expresado en la sala de decisión, me permito sustentar mi **SALVAMENTO DE VOTO** frente a lo decidido por la sala mayoritaria del 26 de noviembre de 2020, que decidió no casar la sentencia del día 18 de diciembre de 2013.

Se sabe que tanto la decisión de primera instancia como la que resolvió la apelación, condenaron a la recurrente a pagar al asegurado las sumas pactadas en el contrato de seguro, lo cual fue motivo de inconformidad de la entidad aseguradora en ambas instancias, y ahora en casación.

En efecto, en el cargo primero de la demanda de casación se acusó la sentencia de violar de manera directa el artículo 1058 del código de comercio al negar la nulidad relativa del contrato a causa de la reticencia, pues lo expresamente dicho por la norma respecto a las sanciones legales establecidas en la ley para el caso de callar o declarar en forma inexacta sobre el estado de riesgo, fue modificado agregando condiciones que la ley no trae.

En consecuencia, considero que ha debido casarse la sentencia recurrida con fundamento en el cargo primero propuesto, es decir aceptando que el contrato de seguro estuvo afectado de nulidad relativa a Causa de la reticencia.

En las explicaciones dadas por los otros dos votos disidentes, que comparto plenamente, se explicó claramente cómo la posición de la Corte Suprema de Justicia - Sala Civil, que es el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria respecto al tema, ha sido constante en la interpretación de la norma invocada por la recurrente sin agregarle exigencias adicionales relacionadas con la relación de causalidad o demostraciones relacionadas con la mala fe.

No obstante, para no repetir los argumentos dados en los mencionados escritos, considero suficiente referirme a ellos para señalar que, no solo sustentan una aclaración como en ellos se manifiesta sino que constituyen una verdadera posición de salvamento de voto porque fijan de manera certera una razones y fundamentos que son contrarios a los expuestos en el proyecto aprobado, y que por lo tanto no es un mero desacuerdo con la parte motiva de la sentencia sino que en forma total están en contra de la decisión o parte resolutive de la sentencia.

Primero que todo, considero que la providencia recurrida invoca de manera inadecuada y absurda el precedente constitucional en materia de tutela sin advertir que no constituye jurisprudencia en el campo civil, pues dichos estudios se refieren exclusivamente a la protección

de derechos fundamentales de los solicitantes y con efectos interpartes sin capacidad para reformar la doctrina legal probable de la Corte Suprema de Justicia. En segundo lugar, como se explicó claramente en uno de los votos disidentes, dicho precedente no ha sido consistente y constante, sino que por el contrario, viene dando tumbos sin encontrar unidad y permanencia. Y finalmente, que la misma Corte Constitucional ha reconocido en más de una providencia, que la función de interpretar esos contratos no le corresponde a esa jurisdicción sino a la civil.

En el otro voto en contra también se recuerda cuál es la posición doctrinal de esta Corte, advirtiéndole que no ha operado ningún cambio de jurisprudencia con las formalidades que ello precisa, no bastando para que aparezca una nueva doctrina la existencia ocasional de posiciones diferentes pero no conscientes de esa mutación. Tampoco puede variarse la doctrina con decisiones de tutela, así sean de esta misma sala, mucho menos si se introduce de manera subrepticia o por equivocación.

En consecuencia, considero que hay *nulidad relativa o anulabilidad del contrato ante la reticencia del tomador* porque al momento de suscribir el contrato cuando en la *"declaración del estado de riesgo"*, no se informó de circunstancias importantes relacionadas con el estado de salud, o calla que se padece de patologías médicas antes conocidas, sin la condición de tener que demostrar la existencia de mala fe, demostrar que se actuó de mala fe y mucho menos la relación de causalidad entre lo callado y la

existencia del riesgo, precisamente porque se vició el consentimiento desde que se celebró el contrato y no desde que ocurrió el hecho causante del daño. Por esa razón debió casarse la sentencia recurrida y en su lugar proceder a negar las pretensiones de la demanda actuando la corte como tribunal de instancia.

Con fundamento en lo expuesto, no solamente dejo sentada mi oposición a lo decidido en la sentencia, sino que además dejo constancia de la imposibilidad de que una decisión así tomada pueda constituir fundamento para una doctrina legal probable.



ALVARO FERNANDO GARCIA RESTREPO
Magistrado



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

Radicación n.º 20001-31-03-003-2009-00143-01

ACLARACIÓN DE VOTO

En forma respetuosa me permito ACLARAR mi voto, con relación a los argumentos compendiados en el numeral 3.2.7. de esta providencia (ff. 16 a 18), pues en ese aparte se reproduce un fallo de tutela¹ con el que pretende modificarse –sin ser ello necesario para definir la suerte del recurso extraordinario– el precedente de la Corte en materia de reticencia, acogiendo una tesis que, además de insular, es contraria al pacífico entendimiento de la doctrina y jurisprudencia especializadas sobre aquel vicio del contrato de seguros.

1. La jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de seguro de vida grupo deudores.

Antes de analizar la problemática planteada, considero necesario insistir en que, a diferencia de lo que se sugirió en la providencia materia de estas líneas, el órgano de cierre de

¹ Se trata del fallo CSJ-STC3465-2020, 27 may., frente al que expuse mi voto disidente. Por lo mismo, cabe anotar que esa decisión no puede considerarse “unánime”, como se afirma en el proveído objeto de estas líneas.

la jurisdicción constitucional no ha expresado una postura unívoca frente a los efectos de la reticencia en la aludida tipología aseguraticia (contratos de seguro de vida grupo deudores).

Recuérdese el marco fáctico de este tipo de litigios: el deudor de un crédito, que a su turno es asegurado en el marco de un *«seguro de vida grupo deudores»*², fallece o sufre una enfermedad o accidente que afecta sensiblemente su capacidad laboral³, materializándose el riesgo asegurado. El obligado o sus familiares, según el caso, reclaman la efectividad del seguro⁴ (esto es, el pago total del saldo del crédito a la entidad acreedora), pedimento que la aseguradora niega dado que aquel había omitido declarar sinceramente el estado del riesgo, al no poner de presente algún padecimiento que afectaba su salud para una época anterior a la fecha de celebración del negocio aseguraticio, comprometiendo así su validez.

La situación descrita da origen a una tensión evidente, entre (i) La aplicación estricta de las reglas positivas del

² Sobre la naturaleza de este contrato, la Sala tiene sentado que «(...) el riesgo que asume el asegurador es la pérdida de vida del deudor [o, mutatis mutandis, su incapacidad total], evento que afecta tanto al asegurado mismo, como es obvio, como eventualmente a la entidad tomadora de la póliza, en el entendido de que su acreencia puede volverse de difícil cobro por la muerte de su deudor, pero el específico riesgo asumido por la compañía de seguros en la póliza objeto de litigio, no es la imposibilidad de pago del deudor por causa de su muerte, porque así fuera podría inferirse que la póliza pactada con un riesgo de tal configuración tendría una conmutación patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito. Lo que se aseguró es ínto y lícitamente el suceso incierto de la muerte del deudor, independientemente de si el patrimonio que deja permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista» (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 29 de agosto de 2000, Exp. 6379 M. P. Jorge Santos Ballesteros).

³ Usualmente, las condiciones generales de los seguros de vida grupo deudores estipulan como uno de los riesgos asegurados la incapacidad permanente del solvente, derivada de una calificación de pérdida de capacidad laboral superior al 50%, esto siguiendo la regla del artículo 38 de la Ley 100 de 1993.

⁴ Sobre la legitimación del asegurado o de sus familiares para ejercer acciones contractuales –propias del tomador– contra la aseguradora, puede consultarse la paradigmática Sentencia CSJ SC. 28 jul. 2005m rad. 1999-00449-01.

ordenamiento mercantil⁵, especialmente el principio de «*uberrima buena fe*»⁶, propio del contrato de seguro, que permiten inferir que cualquier doblez del asegurado al declarar el estado del riesgo da lugar a la nulidad relativa del negocio aseguratorio⁷; y (ii) La morigeración de la carga del asegurado, atendiendo a su estado de debilidad manifiesta (que lo hace sujeto de especial protección constitucional⁸), la posición contractual dominante de la aseguradora y su condición de profesional en la materia, circunstancias que aminorarían la relevancia de una declaración omisiva, en procura de mantener la validez del contrato de seguro.

Entre ambas opciones hermenéuticas ha trasegado la Corte Constitucional, tanto al analizar decisiones judiciales relacionadas con esta temática, como al evaluar directamente la conducta de las aseguradoras sin un juicio declarativo precedente, dando origen a un arduo debate (que no está zanjado definitivamente), de cuya definición depende no solo la suerte de los asegurados, sino también la

⁵ Por vía de ejemplo, el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé 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. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido o estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...)*»

⁶ Cfr. CSJ, SC, 6 ago. 2001, rad. 6146.

⁷ Sobre el particular expresa la doctrina que «*(...) la carga de la parte asegurada se concreta en expresar verazmente cuáles son los hechos o circunstancias que afectan el estado del riesgo, sin incurrir ni en reticencia, ni en inexactitud (las que) afectan el seguro, cuando se refieren al estado del riesgo, porque impiden al asegurador el conocimiento real de la intensidad o la probabilidad del riesgo, elementos que determinan a su vez no solo la manifestación misma de la voluntad por parte del asegurador, sino el monto de la prima que este debe cobrar*» (ORDÓÑEZ, Andres. *Las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro*. Bogotá, Universidad Externado de Colombia 2004, pp. 21-22).

⁸ Al punto la Corte Constitucional ha sostenido que son *sujetos de protección especial* a los que se refiere el artículo 13 de la Constitución no son solo los discapacitados calificados como tales conforme a las normas legales. Tal categoría se extiende a todas aquellas personas que, por condiciones físicas de diversa índole, o por la concurrencia de condiciones físicas, mentales y/o económicas, se encuentran en una situación de debilidad manifiesta» (Sentencia T-1040 de 2001).

estructura jurídico-económica de esta rama especialísima de los seguros de personas.

El primer pronunciamiento relevante para reconstruir la línea de pensamiento de la Corte Constitucional se dio cuando dicho cuerpo colegiado declaró la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, tras precisar que

*«[...] al asegurador **no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume**, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, **solamente con base en el dicho del tomador** (...). Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa, ni más ni menos, sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo» (Sentencia C-232 de 1997).*

Varios años después, en la sentencia T-832 de 21 de octubre 2010, la Corporación modificó ese entendimiento, concluyendo, a partir de precedentes jurisprudenciales relacionados con el contrato de seguro de salud (y la fecha de acaecimiento del siniestro en amparos de incapacidad total y permanente⁹), que la aseguradora accionada había sido *«negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria»*.

Esta regla fue recogida en la sentencia T-086 de 16 de febrero de 2012, en la que se dijo que

⁹ Específicamente las sentencias T- 152 de 2006 y T-490 de 2009.

«(...) en desarrollo del principio de la buena fe, las partes deben declarar con exactitud las circunstancias que constituyen el estado del riesgo, con el fin de asegurar la libertad y transparencia en la contratación. En caso de reticencia o inexactitud, bien por declarar la verdad a medias o con errores o mediante el encubrimiento de la verdad en la declaración, se produce la nulidad relativa del contrato de seguro».

Con sustento en ese entendimiento, se consideró que la reticencia en la declaración del estado del riesgo y la exculpación de la omisión del asegurado ante la ausencia de exámenes médicos previos son debates que *«corresponden estrictamente a la esfera del derecho comercial»* y que, por lo mismo, deben ventilarse ante los jueces ordinarios civiles, siguiendo las reglas previstas en la normativa mercantil.

Sin embargo, en la siguiente oportunidad en la que la Corte Constitucional se pronunció sobre este punto, esto es, en la sentencia T-342 de 13 de junio de 2013, la posición fue otra vez alterada (retomando la que se plasmó en T-832 de 2010), aduciendo que, como la aseguradora *«omitió realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para determinar el estado de salud del demandante»*, no podía alegar la *«preexistencia»* de la patología que dio origen a la incapacidad laboral definitiva.

Vale anotar que en la providencia en mención empezó a vislumbrarse una herramienta discursiva para resolver disputas de esta índole, según la cual la sola presencia de una enfermedad *preexistente* no sería sinónimo de reticencia, raciocinio incuestionable cuyo protagonismo en esta línea jurisprudencial solo se explica por el uso analógico de reglas

diseñadas para seguros de salud, en los que algunas *preexistencias*¹⁰ se asimilan a *exclusiones*.

No obstante, la Corte Constitucional, en sentencia T-193 de 1 de abril de 2014, confirmó la concesión del amparo que reclamó una aseguradora en contra de la Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín, Corporación que había ordenado la efectividad de un seguro de vida grupo deudores sin reparar en la reticencia en la que había incurrido el asegurado.

A su juicio, el error del ente accionado habría derivado del desconocimiento del precedente de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, según el cual

**[...] el asegurado (...) debe informar sinceramente sobre su estado de salud, para los efectos de los riesgos que se pretenden asegurar, sin que le sea exigible, al asegurador entrar a realizar indagaciones o escudriñamiento sobre la declaración emitida por el futuro asegurado o tomador, puesto que se presume una buena fe extrema en quien se pretende asegurar*.*

Aun a pesar de lo explícito de este aserto, al día siguiente la pluricitada Corporación dictó la sentencia T-222 de 2014, con la que volvió al otro extremo del debate constitucional, sentando las siguientes *subreglas* de interpretación: *(i)* no necesariamente los casos de *preexistencias* son sinónimo de reticencia, ya que el primer

¹⁰ Toda reticencia exige la presencia de una enfermedad preexistente a la celebración del contrato, pero no toda preexistencia conlleva reticencia, porque la patología puede estar presente para ese momento sin conocimiento del asegurado. En los seguros de salud suelen excluirse las preexistencias (aun las que el asegurado desconoce), pero ello tiene que ver con la extensión del riesgo que asume el asegurador, no con la validez de su expresión de voluntad de asegurar.

evento es objetivo, mientras que el segundo es subjetivo. Por tanto, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, y (iii) la reticencia no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos en los que la misma se fundamenta.

Una semana después, la Corporación en cita emitió la providencia T-245 de 2014, en la que evaluó la decisión de la Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior de Bogotá de denegar las pretensiones de un asegurado que había omitido declarar que padecía VIH para la fecha de celebración del negocio aseguratorio. En esta ocasión, se concluyó que el actuar de esa magistratura no merecía reproche, comoquiera que exigir al asegurado declarar su estado real de salud «no resulta ser una exigencia desproporcionada, y si evita que posteriormente el contrato sea declarado nulo».

Posteriormente, en la sentencia T-437 de 2014 se retomaron las tres *subreglas* expuestas en la precitada sentencia T-222 de ese mismo año¹¹, línea de pensamiento que pareció consolidarse con la expedición de los fallos T-830 de 2014 y T-316 de 2015, en los que se precisó que

«(...) las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios (...). No pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar

¹¹ Vale anotar que la Corte Constitucional incurrió en un *lapsus calami*, pues al transcribir apartes de la aludida sentencia (la T-222 de 2014), se refirió a ella como la «sentencia T-622 de 2013» (referencia inexistente).

el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes».

Esta argumentación fue reafirmada en los proveídos T-393 y T-452 de 2015, pero a renglón seguido, en la sentencia T-570 de 2015, la Corte Constitucional insistió en que la reticencia exige prueba de la mala fe del asegurado, pero consideró que *«la acción de tutela no es la vía idónea»* para pronunciarse sobre el fenómeno de decaimiento contractual en cita. Y en contravía con esa determinación, en esa misma jornada se expidió la sentencia T-577 de 2015, en la que se dijo lo contrario, arguyendo que *«debido a que la buena fe se presume en todas las actuaciones, corresponde (...) a las entidades aseguradoras probar la mala fe de los accionantes en la celebración de los contratos [de seguro]»*.

Más recientemente, se profirió la sentencia T-770 de 2015, en la que se dejaron de lado las *subreglas* construidas a partir del fallo T-222 de 2014, para utilizar de nuevo la argumentación expuesta en los albores del debate (especialmente en T-832 de 2010), según la cual la falta de un examen médico previo justifica la eliminación de los efectos de cualquier posible reticencia del asegurado; y más adelante, en sentencia T-024 de 2016 la Corte Constitucional retornó a la tesis de las cargas contractuales y probatorias de la aseguradora, solo para dejarla de lado (implícitamente) menos de dos semanas después, cuando en el fallo T-058 de 2016 volvió a asignar al juez ordinario la calificación de la conducta del asegurado al declarar el estado del riesgo.

La hipótesis de la improcedencia de la tutela como herramienta para definir controversias contractuales del linaje de las aquí referidas fue inmediatamente abandonada, pues en la decisión T-240 de 2016 se defendió la solución del precedente mayoritario, aunque ahora a partir de una innovadora solución: el seguro debe hacerse efectivo ante la ausencia de prueba de un nexo causal entre la patología cuya declaración omitió el asegurado y aquella que originó el riesgo asegurado (la incapacidad laboral definitiva).

Esta tesis, **que fue la que innecesariamente intentó reiterarse en el fallo objeto de estas líneas**, sin amplio detalle sobre su incidencia frente a la teoría general del contrato de seguro, ni frente al debate concreto, se reiteró en la providencia T-282 de 2016, donde la Corte Constitucional recabó en que, en el asunto allí analizado, *«no se cumple el elemento objetivo de la reticencia, esto es, una preexistencia cuya relación con la ocurrencia del siniestro esté debidamente probada»*.

Dicha forma de razonar, que en mi respetuosa opinión no concuerda cabalmente con la naturaleza misma de la institución, como intentaré explicarlo luego, fue abandonada en el siguiente pronunciamiento del órgano de cierre ya citado, esto es, la sentencia T-501 de 2016, en la que se ratificó que la calificación de la conducta del asegurado desborda la órbita de competencias del juez de tutela, buscando además rectificar la postura orientada a exigir exámenes médicos previos, aduciendo que

«(...) si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal¹²– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el principio [de buena fe] que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer».

Después pareció desecharse tal argumentación, porque al expedir la sentencia T-670 de 2016, la Corte Constitucional se decantó por apoyarse en el razonamiento relativo a la necesidad de demostrar la mala fe del asegurado para franquear el paso al alegato de reticencia, todo lo cual vino a ser revalidado en T-251 de 2017, en la que, luego de reconstruir (parcialmente) el debate antes resumido, se concluyó que

«(...) quienes deben probar la reticencia son las aseguradoras, es decir, demostrar que el tomador actuó de mala fe al momento de suscribir el contrato de seguro. En cuanto a las preexistencias, las compañías de seguros actúan negligentemente si no realizan los exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. En suma, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, ello no implica reticencia porque el deber de desvirtuar la buena fe estaría en cabeza de la compañía de seguros».

Finalmente, se dictó el fallo T-027 de 2019, en el que, sin muchos pormenores, se aplicó una de las distintas hermenéuticas utilizadas al evaluar la reticencia en materia de seguros de vida grupo deudores: la necesidad de probar

¹² Se refiere aquí la Corte al artículo 1158 del Código de Comercio, a cuyo tenor *«aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1056, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».*

un nexo entre la patología cuya declaración se omitió y la estructuración del siniestro:

*«La Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) **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».*

Este compendio sirve para mostrar que, en este asunto, la jurisprudencia constitucional se ha servido de argumentos muy variados, que no comparten rasgos esenciales. Puntualmente, la exigencia del vínculo entre reticencia y siniestro aparece en tres providencias aisladas, en las que, además, no se hace mención a las restantes posiciones de esa Corporación sobre el particular, ni se ofrecen razones para elegir una de ellas sobre las demás.

A lo dicho se suma que, al optar por los precedentes que conforman el marco dogmático de cada una de sus sentencias, esa Colegiatura ha omitido referirse a las decisiones judiciales que contrarían la posición que se pretende defender en el momento, lo cual es especialmente llamativo frente a la sentencia C-232 de 1997, de cuyas conclusiones se separan (tácitamente) todas las decisiones que componen la tesis preponderante de la jurisprudencia,

sin explicar por qué debía dejarse de lado lo discurrido en ese fallo de constitucionalidad¹³.

Por ese mismo sendero, destácase que la Corte Constitucional ha juzgado sin unidad de criterio la interpretación del ordenamiento mercantil respecto de la reticencia efectuada por órganos judiciales (en el marco de litigios civiles), y la que hacen las aseguradoras sobre el mismo tema, esto es la efectividad de un seguro de vida grupo deudores por reticencia del asegurado¹⁴.

Por todo lo anterior, en el asunto *sub examine* resultaba forzoso rememorar completamente las líneas de pensamiento de los órganos de cierre de la jurisdicción civil y constitucional, ya que un análisis fragmentario podría llevar a pensar, impropiciamente, que posturas que son insulares y vacilantes constituyen un precedente consolidado, al que, por vía general, deberían plegarse los funcionarios judiciales.

2. La reticencia en la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil.

Previamente quedó sentado que la línea de pensamiento que replicó la Corte en el considerando 3.2.7., no constituye la única postura de la Corte Constitucional frente a la problemática relacionada con la reticencia en seguros de vida

¹³ Dicho sea de paso, esta conducta obvia la fuerza vinculante del precedente constitucional, explicado con largueza en la sentencia C-832 de 9 de agosto de 2001.

¹⁴ Al margen de la sentencia C-232 de 1997, las únicas decisiones que favorecen abiertamente una interpretación restrictiva del artículo 1058 del Código de Comercio son las sentencias T-193 y T-245 de 2014, que corresponden a los casos de tutela contra providencias judiciales.

grupo deudores. Pero a ello cabe adicionar que la tesis que se mostró como precedente constitucional consolidado, según la cual el éxito de la defensa de reticencia pende de la demostración del **«nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro»**, es contraria a la postura que esta Corporación ha defendido de manera inmodificable, en sede de casación.

Para explicar este punto, es pertinente recordar los rasgos de la reticencia, mencionados en reciente sentencia CSJ SC5327-2018, dic. 13:

«De acuerdo con 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 y reticencias cuando «conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...), vale decir, la relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo tiene que ver directamente con datos esenciales para la cabal expresión de la voluntad.

(...) El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base

en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa.

Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado "... a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (...)", como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que, si él conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella.

(...) Aunque es clara la intención del legislador en cuanto evitar que las aseguradoras resulten sorprendidas y engañadas por el virtual tomador de un seguro que no ha reportado con total sinceridad el estado del riesgo, no es menos cierto que la etapa de formación del contrato y, en especial, del consentimiento, se debe auscultar en el marco de un equilibrio de información a cargo de los intervinientes en el acuerdo.

En tal virtud, paralelo al deber del potencial tomador, ya indicado, en el otro vértice contractual recae también una carga de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esa obligación, pudiendo efectivamente hacerlo (art. 1058, inciso final, del C. de Co.), como lo sostuvo esta Sala en fallo CSJ SC 02 ago. 2001, Exp. 6146, cuando expuso: "Por su relevancia funcional, a la vez que por su íntima conexidad con el sub lite, cumple relieves que el conocimiento del asegurador al que se ha aludido no sólo es el real -o efectivo-, esto es el directo y consciente, como a primera vista pudiera parecer, sino también el presunto, vale decir el que emerge, ministerio legis, como corolario de la falta de diligencia radicada en cabeza de un profesional en el riesgo, predicable de ciertos y determinados hechos que, por su connotación, podían haber servido para elucidar las circunstancias fidedignas que signaban al riesgo, en su estado primigenio, según se pinceló (...). Como se tiene claramente establecido, no es suficiente que se aduzca la mera gestación de estado de desconocimiento o de ignorancia fáctica acerca de unos específicos hechos, porque es menester que dicho estado o ignorancia se generen en forma legítima o se tomen excusables (carga de diligencia). La buena

*fe -bien se ha afirmado- debe ser ignorancia, pero, también, ignorancia legítima, es decir, de tal naturaleza que no haya podido superarse con el empleo de una diligencia normal*¹⁵, la que, en últimas, sirve para justificar la solicitud del asegurador relativa al *decretum* de tan severa sanción, puesto que *'...la buena fe excluye la posibilidad de un actuar culposos', contrario a '...un actuar prudente, cuidadoso, diligente y previsor'*¹⁶.

Quiere decir lo anterior que si bien el asegurador es sujeto pasible de intensa y plausible protección de cara al fraude, a la deformación consciente de la realidad, o a la mera inexactitud patrocinados por determinados e inescrupulosos candidatos a tomadores que socavan el acrisolado postulado de la buena fe, aquel no puede asumir invariable e irrestrictamente, una actitud rayana en la pasividad, más propia de espectadores que de partícipes en una relación negocial, así sea en potencia, a fortiori cuando sobre él gravita, como acontece en general con todo extremo de un acuerdo volitivo, un correlativo deber de colaboración que, desde un ángulo más solidario -bien entendido, se orienta a la satisfacción del interés de su cocontratante, lo que específicamente supone, según reconocida doctrina jusprivatista, una dinámica cooperación en beneficio ajeno, vívida explicitación de una de las múltiples aplicaciones del consabido postulado de conformidad con un criterio de reciprocidad, referido a la buena fe objetiva, continente de los -llamados- deberes instrumentales o secundarios alusivos al comportamiento interpartes, incluido el precontractual".

(...) Adicional a ello, partiendo de esa declaración, puede y debe informarse sobre los contornos del riesgo, de manera que pueda contrastar la información recibida con la auscultada, y así evaluar el peligro de una forma mucho más acertada, que permita arribar a un acuerdo sobre bases certeras acerca de la contingencia inesperada que se quiere amparar. De ahí, que en la sentencia citada, la Sala hubiera expuesto:

"A tono con lo afirmado en líneas que preceden, moderna doctrina jusprivatista, sin menoscabar ese infranqueable derecho que tiene la entidad aseguradora a ser cabal y oportunamente informada por el consumidor-asegurado (en sentido amplio) acerca del 'verdadero estado del riesgo' y, por contera, sin diezmar -o minar-

¹⁵ «Emilio Betti, *Teoría general de las obligaciones*, Editorial Revista de Derecho Privado, Vol. I, Madrid, 1969, p. 78. Cfr.: Franz Wietack, *El principio general de la buena fe*, Civitas, Madrid, 1982, p. 66 y Manuel De La Puente, *La Fuerza de la buena fe en Contratación Contemporánea*, Bogotá, 2000, Pág. 276» (referencia propia del texto citado).

¹⁶ «Jorge Mossa Rivaspe, *Justicia contractual*, Ediar, Buenos Aires, 1977, p. 150. Cfr.: Vincenzo Roppo, *Il Contratto*, Giuffrè, Milán, 2001, Pág. 178» (referencia propia del texto citado).

la carga de carácter informativo que le incumbe a éste último de cumplir rigurosamente con la aludida declaración de ciencia, reconoce la existencia de una especie de débito en cabeza de la aseguradora (deber instrumental o secundario), consistente en informarse de manera complementaria y directa, según sea el caso, en aras de obtener una más completa y depurada información que le permita desarrollar adecuada y profesionalmente su objeto social y, por reflejo, el del reasegurador, cuando éste interactúa, en otro plano contractual, en calidad de asegurador del reasegurado (asegurador directo).

En este específico sentido, es importante agregar que, en materia informativa, como secuela de la buena fe y, en particular, del postulado de la cooperación negocial, el límite o el confín de la carga de informar al otro radica, precisamente, en el deber de informarse a sí mismo, en la medida de lo posible, y de las circunstancias que rodean cada asunto, observación que coincide con la opinión expresada por los juristas galos Gerard Cas y Didier Ferret, según la cual existe claramente "...una relación dialéctica entre la obligación de información, de una parte y, de la otra, el deber de informarse"¹⁷, el que a juicio de un sector de la dogmática jurídica, como ya se ha referido, está enclavado en otro deber, aún de mayor espectro: el de cooperación, signado por un criterio de reciprocidad negocial, tan propio de la ratio contractual¹⁸.

De lo anotado se infiere que la reticencia, entendida como la omisión consciente de circunstancias que agravan el estado del riesgo –y que no conocía o debía conocer la aseguradora–, es un vicio que se presenta en la etapa anterior a la celebración del convenio aseguratorio (la fase precontractual a que alude el artículo 863 del Código de Comercio), en la medida que altera la base fáctica sobre la cual la entidad financiera edifica su consentimiento para contratar, en las condiciones en las que lo hace.

¹⁷ «Traité de droit de la consommation, PUF, Paris, 1986, p. 380. Cfr.: P. Jourdain, Le devoir de se renseigner, en Chronique Dailly, Paris, 1983, p. 139; Rubén Siglitz, Responsabilidad precontractual, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1992, p. 90 y Derecho de seguros, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1998, p. 268 y Josep Llobet I. El deber de información en la formación de los contratos, Marcial Pons, Madrid, 1996, págs. 44 y 110» (referencia propia del texto citado).

Expresado de otro modo, la falta de sinceridad en la declaración del estado del riesgo adultera el consentimiento expresado por las partes al celebrar el contrato de seguro, contrariando así uno de los requerimientos que prevé el ordenamiento para obligarse por un acto o declaración de voluntad (artículo 1502-2, Código Civil). De ahí que ese vicio conlleve la nulidad relativa del contrato de seguro, y no una sanción distinta.

En ese orden, carecería totalmente de incidencia que las circunstancias agravantes del estado del riesgo que fueron omitidas no hubieran dado lugar al siniestro, pues aún en ese supuesto, la formación del consentimiento del asegurador seguiría viciada, lo que necesariamente afecta la validez misma del vínculo negocial.

Sobre el particular, ha explicado la doctrina especializada:

«[N]o importa que la circunstancia silenciada no hubiera influido lo más mínimo en la producción del siniestro: la experiencia de los grandes números, que la hacía considerur en la mente del asegurador como una circunstancia agravante del riesgo, no se destruye en modo alguno por una prueba contraria posterior al contrato (...). El juez determina (...) si la circunstancia silenciada o inexactamente declarada era tan grave que alterara esencialmente la opinión del riesgo, no importa que falte todo nexo causal entre aquella circunstancia y la muerte del asegurado. El magistrado, que juzga de la validez del consentimiento dado por la compañía, debe remontarse al momento en que se estipulaba el contrato y se ignoraba cuál habría de ser su suerte»¹⁸.

¹⁸ VIVANTI, César. *Derecho Comercial T. XIV (Del contrato de seguro)*. Ed. Adisr, Buenos Aires, 1952, p. 271.

También lo venía afirmando esta Sala de Casación, de manera (hasta ahora) invariable:

*«(...) esa reticencia acreditada en el proceso, **que de otra parte no tiene porqué ser la causa del siniestro, dado que tal exigencia no la contempla ley**, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, **debió conducir a que el Tribunal declarara la nulidad relativa del contrato de seguro**, sobre todo porque del acervo probatorio recaudado aflora que la compañía de seguros no tenía motivo alguno que le generara desconfianza y le impusiera el deber profesional de auscultar el estado del riesgo aún más de lo que hizo, que fue examinar el estado de salud del futuro asegurado y exigir el concepto profesional del asesor y del gerente de la agencia o sucursal de la aseguradora, víctima por tanto de un engaño que le asaltó su buena fe» (CSJ SC, 11 abr. 2002, rad. 6825).*

Posteriormente, esta Corporación reiteró:

*«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 distinguos, 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»***

Tan evidente es esta inferencia, que la propia Corte Constitucional la defendió con ahínco en la sentencia C-232 de 1997, al decir que:

«(...) cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una

póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato" (J. Efrén Ossa G., *ob. cit.* Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).

3. Conclusiones.

A partir de lo expuesto estimo improcedente sostener, como aquí se hizo, que existe una postura uniforme de la Corte Constitucional, que impone respaldar la exigencia de acreditar un vínculo entre la reticencia y el siniestro, para viabilizar la anulabilidad del contrato de seguro.

Contrario sensu, tanto en un fallo de constitucionalidad, como en la totalidad de las decisiones de la Corte Suprema

de Justicia sobre el tema, se ha sostenido que la nulidad relativa derivada de la reticencia *«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 los anteriores términos dejo fundamentada mi aclaración de voto, con comedida reiteración de mi respeto por los demás integrantes de la Sala de Casación Civil.

Fecha ut supra,



LUIS ALONSO RICO RUERTA
Magistrado

ACLARACIÓN DE VOTO

Radicación n° 20001-31-03-003-2009-00143-01

Con el debido respeto por los demás integrantes de la Sala, aclaro mi voto, por cuanto considero que una determinación en el sentido adoptado en punto a la interpretación y alcance del artículo 1058 del Código de Comercio, exige un análisis más profundo y riguroso, en la medida que comporta un cambio de la doctrina probable de la Corte en esta materia.

1.- Tesis propuesta en el proyecto frente al cargo de «errónea interpretación» del artículo 1058 del Código de Comercio.

En el acápite 3.2.7. de las consideraciones¹, se dice que *«esta Corte»*, con relación a la reticencia, *«ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares»* que enumera en cinco (5) premisas, resumidas así:

1) La buena fe también cobija a la aseguradora para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador.

¹ págs. 16 - 21.

2) Le compete a la aseguradora probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado *«para inferir si procedió retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo»*.

3) La necesidad de probar el *«nexo de causalidad»* y el *«efecto trascendente»* entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecucional de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro.

4) El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia.

5) La obligación de hacer una interpretación *pro consumatore* de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión.

Pese a la expresa afirmación de que dichos postulados se extraían de consideraciones de *«esta Corte»*, lo cierto es que en su hilo argumentativo se omite hacer expresa referencia a fallos de casación en los que se haya abordado el tema de la reticencia con el enfoque aquí expuesto, o definido los 5 puntos que, a manera de sub reglas, procura condensar esta sentencia. Por el contrario, soslayando ese soporte en decisiones de ese talante, a la postre, la tesis

propuesta solo tiene como marco de referencia algunos pronunciamientos de la Corte Constitucional, quedando en el vacío la posibilidad de confrontar los mentados estándares con pronunciamientos específicos de esta Sala en los que hubiere reconsiderado su posición en punto a los efectos jurídicos de la reticencia en los contratos de seguro de vida, por lo que el argumento esgrimido bajo ese supuesto comporta una falacia *ad verecundiam*, o por apelación a la autoridad.

Obsérvese que en el numeral 4 expresamente se refiere como fuente una sentencia de la Corte Constitucional y no de esta Corporación, y en el 5º, aunque se dice que esa exigencia está consagrada «tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela», lo cierto es que solo alude a un pronunciamiento de esta sala en sede constitucional -con un voto disidente y no por unanimidad como allí se dice-, en el cual, si bien se acogió lo expuesto en T-282 de 2016 reiterada en T-027 de 2019, en consideración a la naturaleza del asunto, de todas maneras, por sí solo, no tiene el alcance de variar la doctrina de la sala en tan especializada materia, actuando en sede de casación y con las repercusiones que ello comporta.

Y el numeral tercero, en últimas solo quedó sustentado con el fallo T-282-2016 que refiere la «obligación de las aseguradoras de probar el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro», puesto que, si bien más adelante se dice que esa tesis «ya había sido expuesta por esta Sala en varias providencias», y al efecto se

cita un fragmento de SC 2 ago. 2001 exp. 6146², éste luce descontextualizado por cuanto al revisar la sentencia de casación se advierte que allí se evoca la "incidencia causal" en el sentido que, de haberse revelado al asegurador oportunamente el verdadero estado del riesgo, lo más posible es que se hubiera inhibido de contratar, lo que dista mucho de la exigencia del nexo de causalidad entre «lo omitido y el siniestro», acuñada en este caso por la sala mayoritaria.

2.- Modificación de la doctrina probable de la Corte.

El artículo 4^º de la Ley 169 de 1896 acogió el concepto de «doctrina probable», al consagrar que «[t]res decisiones uniformes dadas por la Corte Suprema, como tribunal de casación, sobre un mismo punto de derecho, constituyen doctrina probable, y los jueces podrán aplicarla en casos análogos, lo cual no obsta para que la Corte varíe la doctrina en caso de que juzgue erróneas las decisiones anteriores», la Corte Constitucional al estudiar la avenencia de ese precepto con la Carta Política, en C836 de 2001, precisó que el fundamento constitucional de la fuerza normativa de la doctrina de la Corte Suprema se encuentra en el derecho de los ciudadanos a que las decisiones judiciales se funden en una interpretación uniforme y consistente del ordenamiento jurídico.

En el citado fallo se declaró excusable esta disposición, siempre y cuando se entienda «que la Corte Suprema de

² Págs. 19 - 20

Justicia, como juez de casación, y los demás jueces que conforman la jurisdicción ordinaria, al apartarse de la doctrina probable dictada por aquella, están obligados a exponer clara y razonadamente los fundamentos jurídicos que justifican su decisión, en los términos de los numerales 14 a 24 de la presente Sentencia». Esos numerales aluden a la fuerza vinculante de los precedentes como doctrina probable de la Corte Suprema de Justicia, sustentada en los principios de igualdad, seguridad jurídica y buena fe, así como a la posibilidad que tiene la Corporación de modificar su jurisprudencia, en caso de que juzgue «erróneas» las decisiones tomadas en el pasado, lo que le impone asumir una carga argumentativa, que es igualmente exigible a los jueces para apartarse de la doctrina probable emanada de este órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria. Al efecto, expuso,

20. *Con todo, como se dijo antes, la fuerza normativa de la doctrina probable proviene (1) de la autoridad otorgada constitucionalmente al órgano encargado de establecerla, unificando la jurisprudencia ordinaria nacional; (2) del carácter decantado de la interpretación que dicha autoridad viene haciendo del ordenamiento positivo, mediante una continua confrontación y adecuación a la realidad social y; (3) del deber de los jueces respecto de a) la igualdad frente a la ley y b) la igualdad de trato por parte de las autoridades y; (4) del principio de buena fe que obliga también a la rama jurisdiccional, prohibiéndole actuar contra sus propios actos. Por otra parte, la autoridad de la Corte Suprema para unificar la jurisprudencia tiene su fundamento en la necesidad de garantizar los derechos fundamentales de las personas y esta atribución implica que la Constitución le da un valor normativo mayor o un "plus" a la doctrina de esa alta Corporación que a la del resto de los jueces de la jurisdicción ordinaria. Ello supone que la carga argumentativa que corresponde a los jueces inferiores para apartarse de la jurisprudencia decantada por la Corte Suprema es mayor que la que corresponde a éste órgano para apartarse de sus propias decisiones por considerarlas erróneas.*

21. *La expresión "erróneas" que predica la norma demandada de las decisiones de la Corte Suprema puede entenderse de tres*

maneras diferentes, y cada interpretación da lugar a cambios jurisprudenciales por razones distintas. En primer lugar, cuando la doctrina, habiendo sido adecuada en una situación social determinada, no responde adecuadamente al cambio social posterior. Como se analizó de manera general en el numeral 18 *supra*, este tipo de error sobreviniente justifica que la Corte cambie su propia jurisprudencia. En segundo lugar, la Corte puede considerar que la jurisprudencia resulta errónea, por ser contraria a los valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico. En estos casos también está justificado que la Corte Suprema cambie su jurisprudencia para evitar prolongar en el tiempo las injusticias del pasado, haciendo explícita tal decisión. En tercer lugar, como resulta apenas obvio, por cambios en el ordenamiento jurídico positivo, es decir, debido a un tránsito constitucional o legal relevante. (Subraya intencional).

Esta Corporación se ha pronunciado sobre las anteriores dos posibilidades de variar la jurisprudencia, en los siguientes términos:

"44- El respeto al precedente es entonces esencial en un Estado de derecho; sin embargo, también es claro que este principio no debe ser sacralizado, puesto que no sólo puede petrificar el ordenamiento jurídico sino que, además, podría provocar inaceptables injusticias en la decisión de un caso. Así, las eventuales equivocaciones del pasado no tienen por qué ser la justificación de inaceptables equivocaciones en el presente y en el futuro. O, en otros eventos, una doctrina jurídica o una interpretación de ciertas normas puede haber sido útil y adecuada para resolver ciertos conflictos en un determinado momento pero su aplicación puede provocar consecuencias inesperadas e inaceptables en casos similares, pero en otro contexto histórico, por lo cual en tal evento resulta irrazonable adherir a la vieja hermenéutica. Es entonces necesario aceptar que todo sistema jurídico se estructura en torno a una tensión permanente entre la búsqueda de la seguridad jurídica -que implica unos jueces respetuosos de los precedentes- y la realización de la justicia material del caso concreto -que implica que los jueces tengan capacidad de actualizar las normas a las situaciones nuevas." SU-017/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero)

Debe entenderse entonces que el error judicial al que hace referencia la norma demandada justifica el cambio de jurisprudencia en los términos expresados, pero no constituye una facultad del juez para desechar la doctrina de la Corte Suprema de Justicia sin un fundamento explícito suficiente.

3.- Doctrina probable de la Corte relacionada con el presente asunto.

3.1.- El problema de la reticencia y sus efectos en la validez del pacto aseguratorio ha sido abordado por la Corte en múltiples ocasiones, particularmente en SC 1º junio de 2007. exp. No. 66001-3103-004-2004-00179-01, se hizo una interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, a partir del cual se establecieron tres (3) inferencias a saber:

4. Del referido texto legal se puede deducir lo siguiente:

4.1. *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.*

4.2. 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.

4.3. *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 distinguos, 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. (Subraya intencional).*

Estos argumentos fueron reiterados en SC 25 mayo 2012 exp. 05001-3103-001-2006-00038-01; SC 1º sep. 2010 exp. 2003-00400 y en SC2803-2016, de ese modo, la interpretación y alcance de la mencionada disposición constituye doctrina probable de la Corte en esta materia.

particularmente en aspectos como: *i)* no puede exigirse nexo de causalidad entre la inexactitud o reticencia y el siniestro³, *ii)* no es necesario establecer cuál fue la intención del tomador al callar u omitir información relevante al momento de efectuar la declaración de asegurabilidad, porque «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».

Por otra parte, en SC 1º sep. 2010 exp. 2003-00400, reiterada en SC 25 mayo 2012 exp. 2006-00038-01, a manera de rectificación doctrinaria, dijo la Corte que «la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas».

3.2.- Acerca de la exigencia de practicar exámenes médicos para establecer el estado del riesgo traducido en las condiciones de salud del asegurado o tomador, en SC 02 ago. 2001 exp. 6146 la Corte se refirió al tema en términos de facultad, y no de obligatoriedad, porque «en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-», posición que fue reiterada en SC 26 abril de

³ En SC 11 abr. 2002 exp. 6825, también dijo la Corte que «la reticencia no tiene por qué ser la causa del siniestro, dado que tal exigencia no la contempla ley».

2007. exp. 110013103022-1997-04528-01, CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01 y SC2803-2016.

Respecto a los seguros de vida, además, la Corte se ha pronunciado acerca de la inescindible relación entre los artículos 1058 que regula la reticencia y el 1158 del Código de Comercio, conforme al cual *«[a]unque 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»*. Así, en SC2803-2016, acotó que *«siendo optativa la realización de análisis y exámenes para verificar el estado de salud del asegurado, quien a su vez está compelido en virtud de la ley a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo», no puede decirse que lo que calla lo asume irrestrictamente el asegurador»* y más puntualmente, en CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01,

Tratándose del estado del riesgo, no ofrece duda que el tomador de un seguro de vida tiene la carga de declararlo sinceramente (fase precontractual), según lo establece el artículo 1058 del Código de Comercio, y lo recalca, para que de ello no quede vacilación alguna, el artículo 1158 de la misma codificación, al precisar que, "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".

También es pertinente poner de relieve que esta Sala en SC 26 abr. 2007 exp. 1997-04528, al advertir la distorsión que efectuara el Tribunal de lo expresado por la Corte en fallos anteriores sobre aspectos relacionados con las averiguaciones que podía hacer el asegurador en los seguros de vida, precisó que,

(...) no es que en toda hipótesis el matiz profesional de la actividad del asegurador destina los efectos de la ausencia de sinceridad del solicitante del seguro y por ende excluya de tajo la nulidad del seguro, como apuradamente lo concluyó el tribunal citando en apoyo el sobredicho pasaje del fallo; ni por usom la Corte ha prohiado una tesis de semejantes alcances, ni allí ni en fallo de 2 de agosto de 2001, referido también por el ad-quem al sostener que pesando en el asegurador un deber de máxima diligencia y previsión, ningún efecto podía derivar de los vicios de la declaración de usegurabilidad del señor García Ordóñez.

Como fácil se ve, otro es el contenido de esa carga de diligencia impuesta en el asegurador, de la cual, por lo demás, habla la mentada sentencia de 2 de agosto de 2001, donde a propósito de un caso donde disputábase si la sanción de nulidad había de sobrevenir fatalmente no obstante que el asegurador tuvo elementos a la mano para dudar de la fidelidad de la declaración de ciencia otorgó la cobertura, precisó la Corporación que justamente en tales eventualidades obra ese conocimiento presunto que ataja la ineficacia del contrato, en particular sobre reparar en el jaez profesional que reviste la actividad que tales instituciones desempeñan en ese ámbito.

Lo del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto "debido conocer" de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia –en últimas su profesionalismo–, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de "los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración", por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior se yergue como una de las excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente (Subraya intencional).

En las providencias citadas en los acápite que anteceden, es evidente que la Corte hizo prevalecer su criterio en esos puntos basilares al momento de analizar los cargos atribuidos a los juzgadores de segundo grado por violación directa o indirecta de normas sustanciales, en asuntos en los

que estaba de por medio la aplicación de la sanción de nulidad relativa prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

3.3.- Las premisas referentes a que esta Sala se ha pronunciado acerca de que la aseguradora está obligada a probar la mala del tomador, y a la interpretación «*pro consumatore*» de las pólizas de seguro de vida, carecen de referencias puntuales para su corroboración.

4.- La anterior reseña de algunas sentencias en las que se han tratado temas estrechamente relacionados con aquellos sobre los que versa el giro jurisprudencial propuesto en este fallo, ilustra que existen precedentes vinculantes de la Sala cuya modificación, en aras de la transparencia que debe orientar la actividad jurisdiccional, exige un razonamiento más amplio y comprensivo que involucre cuál es el estado actual de la jurisprudencia en esta temática y por qué se estima «*errónea*», así como una ponderada reflexión sobre aquellas circunstancias de la realidad jurídica actual o de búsqueda de la justicia material que ameritan un cambio tan significativo de la hermenéutica que esta Corporación le ha dispensado al artículo 1058 del Código de Comercio.

En la definición del recurso extraordinario una Corte de Casación tiene el deber de unificar la jurisprudencia, no de cualquier manera, ignorando, inadvertiendo o pasando por alto pronunciamientos anteriores en una línea coherente y consolidada, sino bajo criterios de razonabilidad que permitan a sus destinatarios, jueces y comunidad jurídica en

general, comprender los motivos por los cuales se desprende de su propio precedente y estructura uno diferente, apuntalados en un verdadero principio de razón suficiente.

5.- En la forma como quedó estructurada esta sentencia, no puede menos que generar perplejidad en quienes la consulten, particularmente, en orden a comprender si da cuenta de una posición de la Corte clara y racionalmente orientada a apartarse de su precedente en cuanto a la interpretación y alcance del artículo 1058 del Código de Comercio en armonía con el 1158 de la misma obra, o si, simple y llanamente está admitiendo el efecto vinculante de los fallos dictados en acciones de tutela por distintas salas de revisión de la Corte Constitucional.

Sobre esto último, es indiscutible la fuerza vinculante de las sentencias de la Corte Constitucional proferidas en sede de control abstracto de constitucionalidad [C] que conforme al artículo 243 de la Carta Superior hacen tránsito a cosa juzgada y cuyos efectos son *erga omnes*, pues al tenor del inciso 1° del artículo 2° del Decreto 2067 de 1991, dichas sentencias “*tendrán el valor de cosa juzgada constitucional y son de obligatorio cumplimiento para todas las autoridades y los particulares*”; e igual efecto puede predicarse de aquellas dictadas en el marco de la revisión de fallos de tutela para unificar jurisprudencia [SU]. No obstante, tratándose de las sentencias dictadas por sus salas de revisión [T], la misma Corporación ha sostenido que su carácter vinculante emerge de la *ratio decidendi*.⁴

⁴ Cfr. C-539-2011, T-233-2017, entre otras.

Para el caso en estudio, aunque es cierto que se han emitido múltiples pronunciamientos sobre esta temática, también lo es que ninguno de ellos ha sido de unificación, de manera que aún si lo que se pretendía era acoger tales lineamientos, debió escrutarse en forma más detallada la *ratio decidendi* de las distintas providencias, para establecer su valor de precedentes constitucionales, con mayor razón si emanan de diferentes salas de revisión lo que repercute en la visión y forma de analizar los asuntos sometidos a su discernimiento y de adoptar sus determinaciones.

Ahora bien, en la materia que provoca esta aclaración, tiene relevancia que, como regla general, en los fallos emitidos por las salas de revisión de la Corte Constitucional, se efectuó el correspondiente estudio de los requisitos de procedibilidad de las acciones de amparo, entre ellos la *subsidiariedad*, por virtud del cual, éstas devendrían improcedentes para decidir controversias suscitadas en asuntos de naturaleza contractual, y solo de manera excepcional, pueden serlo si el juez de tutela determina que los medios ordinarios de defensa judicial no son idóneos para proteger los derechos presuntamente vulnerados; y, existe certeza sobre la ocurrencia de un perjuicio irremediable que afecte derechos fundamentales.

En ese cometido, de manera principal, la Corte ha adoptado decisiones en dos sentidos:

- Declarar improcedentes las solicitudes de protección para discutir controversias contractuales y de contenido meramente económico, que no superaron el análisis del requisito de subsidiariedad, y que por lo mismo debían ser decididas por la jurisdicción ordinaria (T-086-2012⁵, T-501 de 2016 y T-734 de 2017, T-061 de 2020, entre otras).

- Conceder el amparo en aquellos casos que por sus especiales características superaron el control de procedibilidad y el requisito de la subsidiariedad por una grave afectación de las garantías más fundamentales de los accionantes, de manera que, pese a la existencia de otro mecanismo de defensa judicial, podía estructurarse un perjuicio irremediable, por ser sujetos de especial protección constitucional por su estado de indefensión o por encontrarse en situación de debilidad manifiesta.

De otra parte, las órdenes de protección conferidas en el marco de este tipo de asuntos, se emitieron en favor de personas en estado de indefensión en razón de un alto grado de pérdida de capacidad laboral y ausencia de ingresos para solventar sus necesidades básicas, como aconteció en los casos acumulados y resueltos en T-027 de 2019, así como en T-490 de 2009, T-832 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-240 de 2016; otras en atención a que debido al incumplimiento de la aseguradora, se había iniciado proceso ejecutivo en contra del afectado, por ejemplo, en T-557 de 2013 y T-501 de 2016 y una importante

⁵ Al resolver acerca de tres acciones de tutela acumuladas.

cantidad, para brindar protección a derechos fundamentales como la vida, vida digna, mínimo vital y salud (T-832 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-437 de 2014, T-865 de 2014, T-240 de 2019, T-058 de 2016, T-094 de 2019, entre otras).

De allí, que la reconstrucción de la *ratio decidendi* de tan disímiles situaciones y prolífica jurisprudencia constitucional sobre estas controversias en las que, además, surgen con frecuencia aclaraciones y salvamentos de voto de los integrantes de las distintas salas de revisión, supone un seguimiento más detenido para establecer sin lugar a equívocos las subreglas constitucionales creadas y su obligatoriedad.

Por lo demás, llama también la atención que aunque este proveído está guiado principalmente por decisiones de la Corte Constitucional, no se haya efectuado una ineludible cavilación acerca de lo expuesto sobre el ítem de la causalidad en C232 de 1997, por la cual se declaró la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, en especial al acápite en que se fijó el sentido de dicho precepto:

Con base en la redacción de la norma y en las actas números 12, 13, 14, 17, 18, 52, 73, 74, 90 y 91 del Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio (publicadas en 1983 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros "Acoldese", Bogotá, Unión Gráfica Ltda., páginas 91 a 99), que al decir del profesor J. Efrén Ossa G. (q.e.p.d.), "constituyen útil material informativo para el exégeta que desee aproximarse a la raíz de las normas legales que, conforme al Título V del Libro Cuarto del Código de Comercio, gobiernan el Contrato de Seguro", es posible afirmar que del artículo 1058 del Código de Comercio, surge un régimen estructurado sobre las siguientes bases:

(...)

j) Como se deduce del acta número 73, para que la nulidad relativa pueda declararse "(...) no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro". (subraya intencional).

Tal aspecto fue desarrollado en las consideraciones quinta, sexta y séptima del mismo fallo, dado que, la demanda solicita la inexecutable o constitucionalidad condicionada de la nulidad relativa del seguro, pues parte de la base de que las reticencias o inexactitudes en la declaración de asegurabilidad tienen que estar en relación de causalidad con el siniestro. (Subraya intencional).

Por lo anterior, muy a pesar de que, con posterioridad a la expedición de la citada sentencia que encontró ajustado a la Carta Política el artículo 1058 del Código de Comercio en su integridad -cuya fuerza vinculante emerge del artículo 243 de la Constitución y del artículo 2º (inc. 1º) del Decreto 2067 de 1991-, la Corte Constitucional en sede de revisión de acciones de tutela haya mirado el tema de la causalidad desde otra perspectiva, lo cierto es que nunca ha dictado por su sala en pleno una sentencia de unificación [SU] sobre esa materia con efectos *erga omnes*; de ahí que, en el fallo que nos ocupa, ha debido la Sala analizar explícitamente el carácter vinculante que le está confiriendo a la *ratio decidendi* de tan disímiles pronunciamientos, por encima de lo razonado en una sentencia de constitucionalidad.

6.- Estas elucubraciones sirven para exaltar que siendo la especialidad civil de la Jurisdicción ordinaria el juez

natural de este tipo de controversias y que en cabeza de la Corte radica la tarea de unificar la jurisprudencia, es irrefutable la trascendencia de la argumentación en la que se edifique un fallo como el presente, no solo en punto a los motivos claros, contundentes y concatenados para alejarse de su doctrina probable, que supone *«esté razonablemente justificado conforme a una ponderación de los bienes jurídicos involucrados en el caso particular»*⁴, sino también respecto al efecto que le confiere al precedente constitucional en la misma materia.

7.- Ante la ausencia de una concreta y explícita motivación que abarque las razones por las cuales se impone en esta oportunidad la modificación de la doctrina probable de la Corte respecto al estándar interpretativo del artículo 1058 del Código de Comercio, se pierde una invaluable oportunidad de reconsiderar las posiciones de antaño, en menoscabo de la calidad de la carga argumentativa que ello exige, estando de por medio el respeto por los caros principios de igualdad ante la ley, buena fe y seguridad jurídica.

Con mi acostumbrado respeto,



OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Magistrado

⁴ C-836-2001.



RADICADO: 08001-31-53-001-2020-00089-00
DEMANDANTE: NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
BANCO BBVA
CLASE DE PROCESO: VERBAL-RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA.
Barranquilla, quince (15) de abril del dos mil veintiuno (2021)**

Procede el Juzgado a dictar Sentencia dentro del proceso VERBAL de Responsabilidad Civil Contractual presentado por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ través de apoderado judicial contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA.

I.PRETENSIONES

La señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ mediante apoderado judicial presentó demanda VERBAL contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA solicitando se declaren las siguientes pretensiones.

PRIMERO.- Que se declare que la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA" adquirió en su calidad de tomadora y beneficiaria, pólizas de seguros de vida deudores N° 022190000214687, 022150000436238, 022050001777552 Seguro Hogar Individual 010610000179864, con la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro de la cual reposa como asegurada la Sra. NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ para amparar muerte, incapacidad total y permanente con ocasión de las obligaciones créditos N° 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, 001302701396000159363 adquirido por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ por intermedio del BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", con la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

SEGUNDO.- Que se declare que como consecuencia de la incapacidad total dictaminada por la UTNORTE ATLANTICO mediante dictamen SR-101/19, de fecha 5 de julio de 2019, expedido por la UTNORTE ATLANTICO; le otorgaron una pérdida de la capacidad laboral del 100%, enfermedad laboral, por las siguientes patologías (DISFONIA SEVERA, SULCUS VOCALES, FARINGITIS CRONICA SINDROME DEPRESIVO), se materializo el riesgo amparado en las Pólizas de vida deudores que existía con la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y que amparaba los créditos mencionados en la pretensión anterior.

TERCERO.- Que se declare que por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se generaron incumplimientos derivados de los contratos póliza de Seguros de Vida Deudores N° 022190000214687, 022150000436238, 022050001777552 SEGURO HOGAR INDIVIDUAL 010610000179864, al abstenerse a realizar el pago e indemnización del riesgo amparados en las Pólizas donde reposaba como asegurada la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ y cancelar el saldo insoluto de la obligación N° 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, 00130270139600015936.

CUARTO.- Que se declare civilmente responsable a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A por los perjuicios y/o daños materiales la suma de DOSCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES TRECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIENTO VEINTISÉIS PESOS (\$ 222.383.126) discriminados así:

a) Daño emergente consolidado por las cuotas pagadas a la fecha de la presentación de la demanda en los créditos 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, 00130270139600015936, la suma de CUARENTA Y UN

MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTE OCHO PESOS (\$41.846.928).

b) Daño emergente futuro por las cuotas no pagadas a la fecha de presentación de la demanda en los créditos 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, 00130270139600015936: CIENTO OCHENTA MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO PESOS (\$180.536.198).

QUINTO.- Que, en consecuencia, se ordene a la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a la devolución de los anteriores valores a la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ, los cuales deberán ser indexados, y a cancelar el valor insoluto de los saldos adeudados de los créditos 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, 00130270139600015936 con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA, saldos insolutos que deberán ser cancelados desde la ejecutoria de la sentencia.

SEXTO.- Que se declare y condene a los demandados a pagar costas y agencias en derecho.

II. LOS HECHOS DE LA DEMANDA

La Sra. NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ adquirió los créditos números 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, 1000130270139600015936 de mutuo con la sociedad BANCO "BBVA COLOMBIA".

Con el propósito de garantizar el cumplimiento de los créditos antes descritos, contrató las pólizas de seguro de vida deudores N° 022190000214687, 022150000436238, 022050001777552, seguro Hogar Individual 010610000179864, respectivamente con la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Los contratos de seguros Deudores N° 022190000214687, 022150000436238, 022050001777552 Seguro Hogar Individual 010610000179864 fue tomados a favor de la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA" quien es el tomador y beneficiario, lo cuales fueron contratos de adhesión a los créditos contraídos por la Sra. NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ. dentro de los cual reposa como asegurada la Sra. NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ para amparar muerte, incapacidad total y permanente.

Con motivo de la adquisición de los contratos de seguros, la Sra. NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ firmo, pero NO diligenció la solicitud de ingreso o declaratoria de asegurabilidad para crédito y para cada una de las pólizas tomadas.

La demandante comenzó a sufrir unas patologías (DISFONÍA SEVERA, SULCUS VOCALIS, FARINGITIS CRÓNICA, SÍNDROME DEPRESIVO, entre otras). Que deterioraron su estado de salud.

la Organización Clínica General Del Norte, Mediante dictamen SR-101-19, expedido por la UTNORTE DEL NORTE – REGION NORTE; le otorgaron una pérdida de la capacidad laboral del 100%, enfermedad laboral, por las siguientes patologías (DISFONIA SEVERA, SULCUS VOCALES, FARINGITIS CRONICA SINDROME DEPRESIVO, entre otras) de lo cual se puede evidenciar que la patología por la cual BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., objetan y aducen reticencia, NO tiene relación con las enfermedades por las cuales a la demandante le determinan la perdida de la capacidad laboral.

Como consecuencia de lo anterior la demandante presenta reclamación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, para que procediera a la condonación de los

créditos antes descritos, a lo cual la demandada responde objetando las reclamaciones por reticencia comoquiera que de acuerdo a la historia clínica de fecha 14 marzo 2016 "tiene antecedente de hipertensión arterial".

La demandante autorizo a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para que realice exámenes médicos, solicite historias clínicas a cualquier médico, I.P.S., E.P.S. especialmente a la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE S.A., con el propósito de determinar la real y objetiva situación de salud del demandante, proceso que no realizó el BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA" ni mucho menos BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pese a que la demandante en cada una de los contrato de seguros claramente lo había autorizado.

III. ACTUACION PROCESAL

La presente demanda fue mediante auto de fecha 8 de febrero del año en curso, y una vez agotadas las etapas procesales pertinentes se procede a dictar sentencia de conformidad con lo normado por el artículo 373 del CGP, previas las siguientes:

III. CONSIDERACIONES

La jurisprudencia ha considerado que, si bien en el Código de Comercio en su artículo 1036 no se consigna una definición sobre el contrato de seguro, de los artículos que lo regulan puede extractarse la siguiente definición:

"Es aquél un negocio bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo, por virtud del cual una empresa autorizada para explotar esta actividad, se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina "prima", dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al "asegurado" los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos, o sobre el patrimonio mismo, supuestos estos en que se les llama de "daños" o de "indemnización efectiva", o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro".

Como todo contrato, el de seguros genera ciertas obligaciones entre las partes, entre ellas la que corresponde al tomador y que se encuentra establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio el cual a la letra dice:

ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>. 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. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a

subsananlos o los acepta expresa o tácitamente.

IV. PROBLEMA JURIDICO

En el presente caso, el problema jurídico a resolver es determinar si ante la reclamación de la demandante, el rechazo por reticencia realizado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. estaba o no ajustado a derecho.

IV.DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS

El demandado **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** como excepciones

-NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES POR RETICENCIA O INEXACTITUD

- INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS)

- INEXISTENCIA DEL REQUISITO DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA RETICENCIA O INEXACTITUD Y LA CAUSA DEL SINIESTRO PARA DECLARAR LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO.

- FALTA DE LEGITIMACIÓN POR ACTIVA PARA SOLICITAR QUE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. CANCELE AL DEMANDANTE EL VALOR ASEGURADO CON CARGO A LAS OBLIGACIONES.

- BUENA FE DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. EN CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043

-INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR PAGO O DEVOLUCIÓN DE DINEROS POR CUENTA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE POR CONCEPTO DEL VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA No. 0110043.

- INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE RECONOCER INTERESES MORATORIOS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE SOLICITADA CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 1080 DEL CODIGO DE COMERCIO.

- AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Por su parte, el demandado **BANCO BBVA COLOMBIA S.A.** propone:

- FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA

-INCUMPLIMIENTO DEL DEMANDANTE DE LA OBLIGACION DE DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO

Nos ocuparemos del estudio de las excepciones las cuales se fundamentan en los siguientes hechos:

NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES POR RETICENCIA O INEXACTITUD

“Presentada la reclamación, se le dio respuesta negativa a la misma fundamentada en la reticencia de la asegurada, ya que con base en la historia clínica se logró establecer

que la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ tenía antecedente médicos de HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, Y ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA MAMARIA lo que permite establecer que la asegurada tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad, las cuales fueron suscritas en las siguientes fechas el 31 de marzo de 2014, 23 de marzo de 2017, 24 de abril de 2017 y 26 de abril de 2018, inmersa en la solicitud/certificado individual de seguro de vida grupo deudores, en la cual se le formularon preguntas específicas sobre su estado de salud y esta omitió informar tales antecedentes médicos ya conocidos por ella, por lo cual se configura una nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos dentro de la póliza”

“La señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ traicionó la extrema confianza de la aseguradora, derivada del principio de ubérrima buena fe que rige la celebración del contrato de seguro, por no responder con total honestidad, veracidad y exactitud el cuestionario diligenciado en la declaración de asegurabilidad al momento de realizar la solicitud de inclusión dentro de la PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 00110043. La cual es una carga precontractual que se encontraba en cabeza de esta y que, de haberse cumplido, habría permitido a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. determinar con mayor exactitud el estado del riesgo”

Para el estudio de esta excepción, es menester tener en cuenta lo establecido por la jurisprudencia constitucional respecto a las reglas para determinar si, realmente hay lugar a aplicar la reticencia contractual del artículo 1508 del Código de Comercio:

i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado;

ii) con el fin de determinar tales preexistencias, **las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro;**

iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso;

iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. **(C. Constitucional, sentencia T-393 de 2015)**

En el acervo probatorio se constata que en la historia clínica aportada, en fecha 16 de junio de 2010 la señora Nazly Eloísa Rada Jiménez registra hipertensión arterial y se encuentra medicada con Losartan de 50 mg; en fecha 27 de agosto de 2010 registra trastorno mixto de ansiedad y depresión siendo medicada con antidepresivo; en fecha 18 de febrero de 2011 se encuentra registrado en sus antecedentes enfermedad fibroquística mamaria a la cual le realizaron recesión de quiste hace más o menos 5 años la cual se le colocó prótesis mamaria y está presentando dolores en mama izquierda

Por otra parte, en el interrogatorio, al preguntársele a la demandante cuándo le fue diagnosticada la hipertensión, manifestó que acudió a la clínica por su propia cuenta porque fue trasladada de su sitio de trabajo a Barranquilla y no porque se le hubieran diagnosticado; que hay antecedentes familiares pero nunca ha tenido problemas ni crisis y que al momento de diligenciar el formulario no le preguntaron si era hipertensa, que

ella no llenó el formato sino que la persona que la atendió le dijo que colocara “no” en todas las preguntas para que le hicieran el préstamo que ella solicitaba.

Añadió que la siquiatria le había manifestado que no tenía síntomas de depresión, que no era depresiva y que en caso de un evento que tomara media pastilla de Promacepan, un ansiolítico. Que en una ocasión la siquiatria le mandó lpran (antidepresivo) por un mes, para probar cómo le sentaba, pero no lo necesitó y que acudió porque le impactó la recomendación del otorrino de que hablara poquito y pensó que iba a perder la voz y no iba a poder seguir trabajando.

Respecto a la enfermedad fibroquística mamaria, manifestó que se había implantado prótesis por razones estéticas.

En lo referente a la declaración de asegurabilidad, manifestó que ella confió en quienes diligenciaron el documento; que no le explicaron condiciones, amparos, exclusiones, tampoco le preguntaron por enfermedades ni por su historia clínica, no le dieron la asesoría, solo le preguntaron si alguna vez había sido operada y ella contestó que de la matriz y dijeron que firmara y ella lo hizo. Reitera que ella no llenó el formulario y confió en el trabajo del asesor.

Ahora bien, de conformidad con reiterada Jurisprudencia Constitucional es preciso indicar que en aquellos casos en que las personas que contraen una obligación con una entidad bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio, y posteriormente sufren alguna enfermedad que influye en la invalidez declarada, y luego se les niega el pago del seguro, porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, aquello no puede ser catalogado de reticencia.

Ciertamente la Corte en la **Sentencia STL7955-2018** al pronunciarse respecto a los parámetros jurisprudenciales sobre la aplicación de la figura de la reticencia expresó:

“...quienes deben probar esa figura son las aseguradoras, sin que se pueda concluir que por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, se falte a la verdad, ya que en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente para que se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el escrito, por lo que siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.”

En el presente caso, la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ en su interrogatorio indicó que al diligenciar la declaración de asegurabilidad no se le realizó exámenes médicos, lo cual fue corroborado por el Representante Legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A quien al preguntársele el por qué a la demandante no le exigieron un examen médico manifestó que: “la aseguradora acepta la información dada por la asegurada; pese a tener autorización de la demandante no buscaron su historia clínica porque ella había manifestado que estaba sana además que las preguntas son sencillas”.

En este orden de ideas, de lo extractado en los interrogatorios y en las documentales aportadas, se concluye que la aseguradora no realizó exámenes médicos previos a la demandante con el propósito de establecer el real estado de salud al momento de suscribir la póliza de seguro, como tampoco solicitó su historia clínica habiendo sido autorizada por la señora RADA JIMENEZ, lo cual, de conformidad con el precedente constitucional no da lugar a aplicar la reticencia alegada.

De conformidad con lo expuesto, la presente excepción no tiene vocación de prosperidad.

INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS)

No es obligación del asegurador, realizar ningún tipo de inspección del riesgo o practicar exámenes médicos al candidato del seguro, pues ni la ley, ni la misma jurisprudencia así lo han indicado.

Tomando en consideración a todos los preceptos de índole jurisprudenciales y doctrinales, no es admisible pretender endilgar en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la obligación de realizar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo de los posibles candidatos a ser asegurados, pues, al ser el contrato de seguros de vida grupo deudores un contrato peculiar, el mismo se erige o fundamenta sobre el principio de la buena fe, el cual le otorga especial importancia al deber de información que se deben las partes intervinientes durante todo el desarrollo del negocio contractual.

Contrario a lo manifestado por el demandado BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la Corte Constitucional al analizar casos similares al que nos ocupa ha indicado que las aseguradoras deben ser diligentes en el momento de la suscripción de la póliza y realizar exámenes médicos o exigir unos recientes para verificar el verdadero estado de salud del asegurado y tener claridad sobre el riesgo asumido y las posibles preexistencias, de tal manera que ***“la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora”***.

Como se advirtió en el desarrollo de la anterior excepción, el demandado BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., no realizó los exámenes médicos a la demandante al momento de la suscripción de la póliza, siendo éste un elemento esencial para efectos de determinar la aplicación o no de la reticencia, pues, como ya se dijo, corresponde a la aseguradora la carga de demostrar los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.

De conformidad con lo expuesto anteriormente, se concluye que la excepción no está llamada a prosperar.

INEXISTENCIA DEL REQUISITO DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA RETICENCIA O INEXACTITUD Y LA CAUSA DEL SINIESTRO PARA DECLARAR LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO

Con respecto a que exista un nexo causal entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro, en Colombia la legislación vigente y la jurisprudencia ha establecido que no se requiere una relación causal o directa entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia del asegurado con la causa del siniestro.

La Corte Constitucional, en el fallo C-232 de 1997 realizó un control constitucional del artículo 158 del C.Co. afirmando que, siendo el vicio del consentimiento generado al momento de la contratación misma del seguro, momento en el que se rompe la proporción o ecuación prima: riesgo (condiciones económicas del contrato y el real estado del riesgo), resulta indiferente si a la postre existe un nexo causal o alguna relación o vinculación entre la reticencia o inexactitud incurrida por el tomador y la causa que dio origen al siniestro. Dado que la nulidad se produce desde el inicio y bien puede ser declarada judicialmente a petición de parte, incluso antes de que se hubiera producido siniestro alguno.

En lo que respecta al requisito del nexo causal entre la reticencia y la causa del siniestro para declarar la nulidad del contrato de seguro, la Corte Constitucional en sentencia T-

282 de 2016 se pronunció respecto a la obligatoriedad de las compañías de seguro de verificar el nexo causal en los presuntos casos de reticencia del tomador:

“En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. En virtud del derecho fundamental al debido proceso y del principio de responsabilidad en la valoración de las pruebas, la entidad también deberá valorar las pruebas aportadas en el trámite adelantado por el tomador a la luz de los principios de la sana crítica.”

“Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.”

Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, **la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición.**

De conformidad con la jurisprudencia decantada, la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A debía demostrar el nexo causal entre los antecedentes médicos que padecía la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ al momento de suscribir el contrato de seguro de Vida Deudores y Seguro Hogar Individual y la condición médica que originó el siniestro como también la mala fé de la demandante, hechos que no fueron probados dentro del proceso.

Decimos lo anterior porque la historia clínica No. 35956 de la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ fue aportada por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A como fundamento de su objeción a la reclamación realizada por la señora RADA JIMENEZ por existir antecedente de hipertensión arterial y que no fue declarado por la demandante al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad; sin embargo el dictamen No. 58-101-19 allegado al proceso y que fuere realizado por la Clínica General del Norte indica una PCL del 100% con un diagnóstico de Disfonía Severa, Sulcus Vocalis, Faringitis Crónica y Síndrome Depresivo.

Quiere decir lo anterior, que la historia clínica, no tiene la virtualidad de probar la incidencia de la patología no declarada, hipertensión arterial, en la condición médica que produjo el siniestro en la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ: la Disfonía Severa.

De igual manera, se advierte que aun cuando la demandante no manifestó al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad en los días 31 de marzo de 2014, 23

de marzo de 2017, 24 de abril de 2017 y 26 de abril de 2018 que tenía antecedente de hipertensión arterial, el diagnóstico de Disfonía Severa es posterior a la fecha en que se suscribieron los contratos de seguros, es decir, el 5 de julio de 2019, lo que indica que la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ no tenía conocimiento de la patología que le ocasionó el siniestro configurándose así la ausencia de mala fé.

De conformidad con el anterior análisis, este estrado judicial considera que, con fundamento a la jurisprudencia traída a colación, existe obligatoriedad por parte de la aseguradora de demostrar el nexo causal entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro como también de demostrar la mala fé de la demandante lo cual se echa de menos en el presente proceso, trayendo como consecuencia la falta de prosperidad de la excepción.

FALTA DE LEGITIMACIÓN POR ACTIVA PARA SOLICITAR QUE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. CANCELE AL DEMANDANTE EL VALOR ASEGURADO CON CARGO A LAS OBLIGACIONES

En la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 0110043 figura como tomador y beneficiario el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y como asegurada la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ.

El demandante en sus pretensiones solicita la afectación de la póliza de vida grupo deudores para que se le pague el valor asegurado, lo cual no está llamado a prosperar de conformidad a que el demandante no ostenta la calidad de beneficiaria de la póliza No. 0110043, por consiguiente, esta carece de legitimidad por activa para solicitar que se reconozca el valor asegurado de la póliza.

En el contrato de seguro, las partes están conformadas, por un lado, por el “asegurador”, es decir, quien asume los riesgos y debe pagar la obligación ante la ocurrencia del siniestro en concordancia con las cláusulas del contrato y el marco jurídico correspondiente. Por otro, el “tomador”, quien por cuenta propia o ajena traslada los riesgos al asegurador, le corresponde el pago de la prima de acuerdo con lo pactado en el contrato. Adicionalmente, puede existir un “tercero determinado o determinable” quien tiene la posibilidad de contratar el seguro, a quien se denomina asegurado.

El artículo 1045 del Código de Comercio establece los elementos del contrato de seguro: el interés asegurable, el riesgo, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador. En caso de faltar alguno de ellos, el acto no producirá efecto alguno.

-El interés asegurable (art. 1083 C. Co.) tiene interés asegurable toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la realización de un riesgo. Es asegurable todo interés que, además de lícito, será susceptible de estimación en dinero.

-El riesgo asegurable (art. 1054 C.Co.) es el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador

-La prima (art. 1066 y 1067 C.Co.) es el precio del seguro y debe ser cancelado por el tomador salvo disposición legal o contractual en contrario.

-La obligación condicional del asegurador (art. 1530 C.C.) que depende de una condición, esto es, de acontecimiento futuro que puede suceder o no

Es importante resaltar que el interés asegurable se constituye en un elemento esencial en los contratos de seguros y legitima la causa para reclamar ante la jurisdicción el pago de la indemnización, bien sea tomador, asegurado o beneficiario, incluso por encima de la literalidad de la póliza.

Lo anterior ha sido objeto de pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia Sala Casación Civil donde se establece la posibilidad jurídica de la existencia de concurrencia de intereses asegurables entre el tercero asegurado o beneficiario y el tomador:

“.... Por consiguiente, toda persona que tenga interés en el objeto del contrato de seguros estará legitimada en la causa para reclamar su derecho en el negocio aseguraticio, e incluso, no tendría que estar vinculada como parte contractual en el negocio para estar legitimada, como en la sentencia analizada de 2002 (expediente C-6754) que, a pesar de que el demandante no estaba establecido como parte del contrato en la literalidad de la póliza, al demostrarse su interés asegurable y la firma de la solicitud de la póliza, estaba legitimado para reclamar y se le concedieron sus pretensiones, reconociendo la voluntad material y real de las partes al celebrar el negocio aseguraticio sobre las formalidades del contrato, basado en que el juzgador debe auscultar y realizar un análisis juicioso y profundo para evidenciar si los sujetos procesales tienen interés en el negocio jurídico.”

“El interés asegurable en el contrato de seguro de vida grupo deudores es en primera medida la vida del deudor, aunque su estado de salud y su capacidad para el trabajo constituyen las demás garantías del contrato. Así lo recordó la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia 16 de mayo de 2011 según la cual el interés asegurable es la vida del deudor, y por esta razón éste tiene la calidad de asegurado dentro de la póliza. “

“Pero no dudó la Corte en reconocer una concurrencia de intereses, en la Sentencia de 30 de junio de 2011, puesto que además del deudor, el acreedor tiene un interés indirecto en la existencia del seguro. En efecto, **hay un interés directo del deudor para no resultar afectado en caso de incapacidad, pero existe además un interés indirecto del banco acreedor, quien pretende sustraerse de los efectos del deceso o de la incapacidad de su cliente.** Así, aunque no son excluyentes, estos intereses no tienen una correspondencia exacta, pues se sobrepone el interés del solvens al interés eventual del acreedor y es por ello que se exige contar con la aquiescencia del deudor, aquiescencia que se ve plasmada en la solicitud individual de ingreso que debe suscribir el candidato al crédito.”

De lo anterior se colige que, el banco, sea el tomador y beneficiario y por otra parte el asegurado su deudor, tanto la entidad crediticia como el deudor estarían legitimados en la causa para reclamar por vía judicial la indemnización a que tienen derecho si se materializa el riesgo.

En el presente caso la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, argumenta que en el contrato de seguro solo está legitimada para reclamar la indemnización quien figura como tomador y beneficiario, el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.; sin embargo, no debe perderse de vista que el consentimiento de la asegurada

NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ, la concurrencia de su voluntad, resulta determinante para que dicho contrato surta efectos, es decir, es esencial su participación en la celebración del contrato.

De igual manera, ante la ocurrencia del siniestro y la negativa de la aseguradora a cumplir con el pago del saldo de la obligación, la asegurada NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ sufre una afectación en su patrimonio al verse obligada a cancelar los créditos adquiridos con el BANCO BBBVA COLOMBIA a pesar de la existencia de una incapacidad laboral del 100%, configurándose así un interés legítimo en el cumplimiento del contrato de seguros por parte de la aseguradora.

Por lo expuesto anteriormente, este Despacho considera que la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ se encuentra legitimada en la causa en su calidad de deudor asegurado para reclamar ante la aseguradora el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, por lo que esta excepción no está llamada a prosperar.

BUENA FE DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. EN CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043

Dentro de la suscripción del contrato de seguros amparado en la póliza No. 0110043 mi representada actuó de buena fe toda vez que con base en la información suministrada por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ en el certificado individual sobre su estado de salud, este manifestó que no padecía o había padecido las enfermedades enunciadas en el cuestionario, razón por la cual mi representada procedió a incluirlo como asegurado de dicha póliza, actuación que no se puede predicar del candidato al seguro toda vez que se encuentra plenamente demostrado que omitió o calló, padecimientos o patologías que venían en estado de evolución, como son antecedentes médicos de HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA MAMARIA, lo cual se encuentra probado en el historial clínico, antes de haber suscrito la solicitud de seguro y el cuestionario de asegurabilidad propuesto por mi representada, para la inclusión como asegurada en la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 0110043.

Respecto a esta excepción se reitera lo analizado en excepción anterior en el sentido de que no quedó demostrada la mala fe de la asegurada habida cuenta de que a pesar de que la demandante no manifestó al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad en los días 31 de marzo de 2014, 23 de marzo de 2017, 24 de abril de 2017 y 26 de abril de 2018 que tenía antecedente de hipertensión arterial, el diagnóstico de Disfonía Severa que fue la patología que le ocasionó el siniestro, es posterior a la fecha en que se suscribieron los contratos de seguros, es decir, el 5 de julio de 2019, lo que indica que la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ no tenía conocimiento de dicha patología. En consecuencia, la excepción no tiene vocación de prosperidad.

Las siguientes excepciones se estudiarán de manera conjunta:

INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR PAGO O DEVOLUCIÓN DE DINEROS POR CUENTA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE POR CONCEPTO DEL VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA No. 0110043.

La presente excepción tiene como fundamento el hecho de que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno o devolución de dineros a la hoy demandante, por concepto del valor asegurado en la póliza, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 0110043, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de

incapacidad.

En cuanto al beneficiario, la Corte Suprema de Justicia, estipuló que en los seguros de vida de deudores sea individual o de grupo, el acreedor es el beneficiario a título oneroso y no la mera liberalidad del asegurado que sustenta la designación

Así las cosas, es claro que mi representada no tiene ninguna obligación de hacer pago alguno al hoy demandante, ya que el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado en la póliza corresponde al saldo insoluto al momento del siniestro, por lo cual no habría lugar a reconocer, pagar o devolver excedentes o remanentes del valor asegurado.

INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE RECONOCER INTERESES MORATORIOS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE SOLICITADA CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 1080 DEL CODIGO DE COMERCIO.

La presente excepción tiene como fundamento el hecho de que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno por concepto de intereses moratorios a la parte demandante, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 0110043, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad.

Así las cosas, es claro que mi representada no tiene ninguna obligación de hacer pago de intereses moratorios a los hoy demandantes, ya que el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado en la póliza corresponde al saldo insoluto al momento del siniestro, por lo cual no habría lugar a reconocer o pagar los intereses moratorios establecidos en el artículo 1080 del código de comercio.

Es un hecho cierto y demostrado que la demandante tiene grado de discapacidad laboral del cien por ciento (100%) según dictamen SR 101-19 de fecha 05 de Julio de 2019 expedido por Utnorte Atlántico por las patologías de Disfonía Severa, Sulcus Vocales, Faringitis Crónicas, Síndrome Depresivos. No son objeto de discusión y a partir de la fecha de estructuración, esto es, abril 12 de 2019, desencadenan efectos jurídicos de gran trascendencia en el mundo de las relaciones contractuales. Desde ese preciso momento la demandante goza del amparo al derecho que la discapacidad laboral provoca.

Por otro lado, la asegurabilidad que hizo la demandante frente al Banco BBVA estaba destinada a cubrir las contingencias generadas por muerte o por incapacidad parcial o permanente, evento que de concretarse, como en efecto ocurrió, la inhabilitarían y sus obligaciones aseguradas por la póliza saldrían a respaldarla desde el preciso momento en que fue estructurada la fecha de su enfermedad.

Así mismo y de conformidad con el 1080 del Código de Comercio, «El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad».

Pero como el precepto 1077 al que esa norma remite exige la acreditación de «la ocurrencia del siniestro...». Es preciso advertir que en el proceso está acreditada la ocurrencia del siniestro, esto es, el dictamen pericial N°. SR 101-19 de fecha 05 de Julio de 2019 expedido por Utnorte Atlántico que no fue objetado ni tachado de falso por lo que constituye plena prueba contra los demandados. Como se dijo, esta prueba es punto de partida para demostrar el acaecimiento del siniestro desde el cual se origina el

derecho a que tiene la demandante de asegurarse sobre las obligaciones adquiridas con el BBVA COLOMBIA.

Frente a los argumentos de la aseguradora en el sentido que, “ el hecho de que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno o devolución de dineros a la hoy demandante, por concepto del valor asegurado en la póliza, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 0110043, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad...” habrá de decirse que de acuerdo a las normas transcritas, era deber de la aseguradora, una vez que la hoy demandante le enrostró el dictamen pericial y al acreditar el siniestro, aun, incluso de manera extrajudicial, efectuar el pago del siniestro a la asegurada.

Así las cosas las anteriores excepciones no están llamadas a prosperar por lo que en la decisión se ordenará que la aseguradora devuelva a la actora todas las cuotas pagadas por la demandante desde la fecha en que se estructuró la enfermedad que según el dictamen pericial fue desde abril 12 de 2019 hasta la fecha de presentación de la demanda, además, junto con la devolución de tales cuotas, la aseguradora deberá pagar los intereses moratorios de conformidad con el artículo 884 del Código de Comercio. Así mismo la aseguradora deberá pagar el saldo insoluto que adeuda la demandante al banco junto con los intereses que se generen por la adquisición del crédito.

AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

La parte demandante arguye incumplimiento de obligaciones en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pero tenemos que no aporta prueba alguna que demuestre la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., solo se menciona que se presentó reclamación y que en virtud de ello teniendo en cuenta las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma, pero no aporta prueba, teniendo la carga de hacerlo, la cual sea demostrativa de conducta por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la cual se ponga en evidencia un incumplimiento.

Realizada la revisión de las documentales aportadas, se observan cartas de fecha julio 23 de 2019 y agosto 5 de 2019, respectivamente, suscritas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y dirigidas a BBVA COLOMBIA S.A donde la aseguradora se pronuncia respecto a la reclamación presentada afectando el amparo de incapacidad total y permanente de la asegurada NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ objetando íntegra y formalmente dicha reclamación con fundamento en que en la historia clínica, la asegurada tiene antecedentes de hipertensión arterial.

Al respecto, debe decirse que la solicitud de pago de la obligación ante la ocurrencia del siniestro tiene como origen un contrato suscrito por BBVA COLOMBIA S.A. y la compañía SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. donde la asegurada es la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ, vale decir, es de naturaleza contractual; de tal manera que el no pago de la obligación al materializarse el riesgo constituye un incumplimiento contractual.

En conclusión, de lo anterior, la excepción de mérito propuesta no está llamada a prosperar.

DE LAS EXCEPCIONES PRESENTADAS POR BBVA COLOMBIA S.A.:

FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA

La demandante NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ, no es tomadora o beneficiaria del contrato de seguro de vida grupo deudores, razón por la cual carece de legitimación en causa por activa para impetrar la presente demanda.

Esta excepción fue objeto de estudio al resolver la presentada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, quedando claro para este estrado judicial que la misma no está llamada a prosperar.

INCUMPLIMIENTO DEL DEMANDANTE DE LA OBLIGACION DE DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., manifiesta que la demandante al momento de diligenciar las declaraciones de asegurabilidad, omitió declarar dicha patología relevante (HIPERTENSION ARTERIAL), estando obligada a hacerlo en virtud del mencionado artículo, razón por la cual "BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos los presentados en defensa de nuestros intereses".

El hecho que la demandante incumpliera la obligación de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, contenidos en las declaraciones de asegurabilidad, conllevó que efectuada la reclamación BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la objetara íntegra y formalmente y en consecuencia, no pagara al BANCO BBVA COLOMBIA S.A., la indemnización por el riesgo de incapacidad total y permanente del asegurado.

A las luces de lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador debe declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo y que pueden influir en la decisión del asegurador de no contratar o de hacerlo, pero estableciendo una prima más onerosa, trayendo como consecuencia la necesidad de la buena fe del tomador

La reticencia, implica una conducta pasiva, una omisión, un encubrimiento, donde el potencial tomador calla intencionalmente información relevante para la calificación del estado del riesgo.

Ahora bien, basándonos en el estudio realizado al resolver las excepciones presentadas por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, es del caso anotar que quedó demostrado que el demandado no logró probar la mala fé de la demandante como tampoco el nexo causal entre la patología no declarada, hipertensión arterial con la condición médica que produjo el siniestro en la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ: la Disfonía Severa; lo anterior trae como consecuencia que la excepción propuesta por BBVA COLOMBIA S.A no esté llamada a prosperar.

Con fundamento en lo expuesto, el JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

1. Declarar no probadas las excepciones de mérito presentadas por las demandadas

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
por las razones anotadas en la parte considerativa.

2. Declarar civilmente responsable a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por el incumplimiento derivado de los contratos póliza de Seguros de Vida Deudores N° 022190000214687, 022150000436238, 022050001777552 SEGURO HOGAR INDIVIDUAL 010610000179864, al abstenerse a realizar el pago del riesgo amparado en las Pólizas donde figura como asegurada la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ.
3. Como consecuencia de lo anterior, ordenar el reconocimiento y pago al BANCO BBVA COLOMBIA S.A del saldo insoluto de la obligación N°00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, 00130270139600015936 contraída por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ con BANCO BBVA COLOMBIA S.A., amparados en las Pólizas de Seguros de Vida Deudores N°022190000214687, 022150000436238, 022050001777552 SEGURO HOGAR INDIVIDUAL 010610000179864, el cual deberá ser cancelado desde fecha de ejecutoria de la sentencia.
4. Ordenar el reconocimiento y pago a la demandante NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ de las cuotas pagadas desde la fecha de estructuración de la enfermedad, 12 de abril del 2019, hasta la fecha de presentación de la demanda, y las cuotas que hubiere pagado después, en los créditos 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, 00130270139600015936 contraída por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ con BANCO BBVA COLOMBIA S.A., amparados en las Pólizas de Seguros de Vida Deudores N°022190000214687, 022150000436238, 022050001777552 SEGURO HOGAR INDIVIDUAL 010610000179864. Igualmente, de los intereses generados.
5. De conformidad con el inciso primero del Art. 440 del C. G. del P., condénese en costas a la parte demandada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA COLOMBIA S.A., tásense por Secretaría
6. Fíjense las agencias en derecho por la suma de \$15.566.818.82

El Juez,



NORBERTO GARI GARCIA

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

El anterior auto se notifica por anotación en estado
N°017 en la secretaria del Juzgado a las 8:00 a.m.
Barranquilla, abril 16 de 2021
El secretario,

JUAN FERNANDO JIMENEZ GUALDRON



**CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA DEL ATLÁNTICO
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA
SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA**

Magistrada Sustanciadora:

VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ

Radicación: 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01)

Barranquilla, Junio ocho (8) del año Dos Mil Veintidós (2022)

Acta No. 031

I. ASUNTO A TRATAR. -

Procede la Sala Séptima de Decisión Civil-Familia, del Tribunal Superior de Barranquilla, a resolver el recurso de apelación formulado por la parte demandada, contra la sentencia adiada 15 de abril de 2021, aclarada mediante proveído de fecha 22 de abril del mismo año, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla - Atlántico, dentro del Proceso DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, adelantado por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ, contra las sociedades BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.

II. ANTECEDENTES. -

Refiere la parte actora los hechos que se sintetizan así:

1. Que adquirió varios productos de crédito con el BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A.; y, que, para que los mismos pudieran ser aprobados y desembolsados, la entidad crediticia exigió que fueran garantizados mediante pólizas de seguro de vida de deudores, en la que el

banco acreedor debía fungir en calidad de tomador y beneficiario, las que entonces constituyó así:

- Para amparar el crédito de consumo No. **00130158619610093997** obtuvo la póliza de seguro de vida deudor No. **022190000214687**, expedida por la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**
- Para amparar el crédito de consumo No. **00130158649610359737**, obtuvo la póliza de seguro de vida deudor No. **022150000436238**, expedida por la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**
- Para amparar el crédito Hipotecario No. **00130270169600003338**, obtuvo la póliza de Seguro Hogar Individual No. **010610000179864**, expedida por la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**, y
- Para amparar el crédito de consumo No. **00130270139600015936**, obtuvo la póliza de seguro de vida deudor No. **022050001777552**, expedida por la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**

Pólizas que amparaban los riesgos de muerte, e incapacidad total y permanente de la demandante; pero, que, al momento de adquirir las pólizas, firmó y pagó las primas correspondientes, pero no diligenció los formatos de declaratoria de asegurabilidad correspondientes a cada póliza.

2. Que, al hacerse deudora de las obligaciones mencionadas, desempeñaba el cargo de docente, adscrita al Magisterio, cumpliendo con normalidad las funciones correspondientes; sin embargo, con posterioridad a ello, comenzó a sufrir afectaciones a su salud, que fueron diagnosticadas como Disfonía severa, Sulcus Vocalis, Faringitis Crónica, y síndrome depresivo, por las que fue incapacitada por tiempos prolongados y de forma consecutiva, siendo revisado su caso por la empresa promotora de salud a la que se encontraba afiliada, arrojando una calificación de pérdida de capacidad laboral

del 100% de origen laboral; situación frente a la cual solicitó a la aseguradora demandada, que se hicieran efectivas las pólizas de seguro que amparaban el riesgo materializado, no obstante, las reclamaciones fueron negadas, pues en sentir de la aseguradora, la demandante no había sido sincera al momento de diligenciar su declaración de asegurabilidad, pues su historia clínica daba cuenta de que sufría de hipertensión arterial, y, que al momento de obtener los seguros nada dijo respecto de ese padecimiento, situación que conforme al razonamiento de las demandadas configuraba nulidad relativa de los contratos de seguros por reticencia; y

3. Que, la aseguradora no le realizó ningún tipo de examen médico o verificación de salud antes de suscribir el contrato; además de que, la razón por la que están alegando reticencia por la omisión en declarar que padecía de hipertensión arterial, no guarda relación alguna con las patologías conforme a las cuales se está materializando el riesgo asegurado de incapacidad total y permanente.

Con fundamento en tales hechos, plantea las siguientes pretensiones:

1) Que se declare que el Banco demandado, en calidad de tomador y beneficiario, suscribió las pólizas de seguro que han sido referenciadas en párrafos anteriores, las cuales amparan los riesgos de muerte, incapacidad total y permanente de la hoy demandante.

2) Que, respecto de las pólizas de seguro ya señaladas, se materializó el riesgo asegurado de incapacidad total y permanente de la demandante.

3) Que la aseguradora demandada ha incumplido los contratos de seguro, al sustraerse de pagar las indemnizaciones pactadas, pese a la materialización del riesgo asegurado.

4) Que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., es civil y contractualmente responsable de los perjuicios materiales sufridos por la demandante, y en consecuencia se le condene apagar a órdenes del Banco BBVA Colombia, los valores correspondientes a la indemnización debida, como lo es el monto adeudado en cada uno de los créditos amparados con las pólizas ya referenciadas, así como se ordene a la misma entidad la devolución de los dineros pagados por la demandante, hasta la fecha de presentación de la demanda y lo que con posterioridad a esta se pruebe haber pagado, correspondientes a las cuotas mensuales de cada uno de los créditos, junto con los intereses moratorios a que hay lugar.

Como pretensiones subsidiarias planteó:

i) Que se declare que los contratos de seguros referenciados son conexos, y requisitos indispensables de los contratos de mutuo suscritos por la demandante y el Banco BBVA Colombia.

ii) Que la demandante cumplió las obligaciones que de dichos contratos surgieron a su cargo.

iii) Que el Banco BBVA Colombia tenía la obligación de informar de manera clara y precisa a la demandante, todo lo correspondiente a las exclusiones de las pólizas de seguros que amparaban los créditos.

iv) Que se declare civil y contractualmente responsable al Banco BBVA Colombia y a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., respecto de los perjuicios y daños padecidos por la demandante, con ocasión del no pago de los seguros de vida y el no pago de los saldos insoluto de la obligación que posee con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA".

III. ACTUACIÓN PROCESAL EN PRIMERA INSTANCIA. -

La demanda correspondió por reparto al conocimiento del Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla, donde fue admitida a trámite y el auto correspondiente notificado a la parte demandada, que se pronunció así:

➤ El **BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A.** contestó la demanda asistido de apoderado judicial, oponiéndose a la prosperidad de la misma, por ausencia de legitimidad en causa activa de la accionante para demandar de la aseguradora el cumplimiento de los contratos de seguro de vida grupo deudores a los que se refiere en el libelo incoatorio, pues, al no tener la condición de tomadora o beneficiaria de las pólizas mencionadas, carecía de tal legitimación, que solo la ostenta el banco.

Que, de otra parte, y en torno a la negativa de la aseguradora de reconocer y pagar la indemnización pedida por la demandante por reticencia, se evidencia que los formatos de asegurabilidad firmados por la demandante son claros y expresos al indicar que deben llenarse de forma completa y sincera, y que la firma puesta en ellos avala el contenido del documento; por lo que a su parecer, no resulta aceptable decir que se han firmado las declaraciones de asegurabilidad y pretender que su contenido no sea vinculante para su signatario; y en consonancia con ello, presentó las excepciones perentorias que denominó; *“Falta de legitimación en causa por activa; Incumplimiento del demandante de la obligación de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo; y la genérica.”*

➤ La sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.** compareció a la Litis por intermedio de apoderada judicial, quien se opuso a las pretensiones principales y subsidiarias, explicando que las pólizas de seguros a que hace referencia la demanda, que respaldan los créditos de consumo

otorgados por el Banco BBVA a la demandante, son pólizas grupales de deudores, pero que en el caso de dicha señora, se encuentran viciadas de nulidad relativa por reticencia, toda vez que las solicitudes de asegurabilidad fueron suscritas por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ los días 31 de marzo de 2014, 23 de marzo de 2017, 24 de abril de 2017 y 26 de abril de 2018, respectivamente, con posterioridad a la fecha en que según la historia clínica de la demandante, elaborada en el año 2010, da cuenta que desde el último año mencionado, la actora padece de HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, y ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA MAMARIA, situación de salud que no fue informada por la demandante al diligenciar el cuestionario de la declaración de asegurabilidad, donde manifestó no padecer ninguna enfermedad, como puede verse en las pruebas documentales allegadas al proceso.

Agregó que no es la compañía de seguros la que debe verificar que el asegurado sea veraz en la información que suministra respecto de su estado de salud, pues el contrato de seguros se rige por el principio de la buena fe; y, que tampoco es necesario que exista una relación de causalidad directa ente la información de salud ocultada, y el padecimiento que genera la materialización del riesgo, pues lo que castiga la ley es el vicio en la expresión del consentimiento a la aseguradora, que genera la nulidad relativa del contrato; y con fundamento en ello, propuso las excepciones perentorias que denominó: *“Nulidad relativa del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro vida grupo deudores por reticencia o inexactitud; Inexistencia de obligación de realizar inspección del estado del riesgo (exámenes médicos) a cargo de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.; Inexistencia del requisito de nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro; Falta de legitimación por activa para solicitar que BBVA SEGUROS DE VIDA*

COLOMBIA S.A. cancele al demandante el valor asegurado con cargo a las obligaciones; Buena fe; inexistencia de la obligación de realizar pago o devolución de dineros por cuenta de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a favor de la parte demandante por concepto del valor asegurado; Inexistencia de la obligación de reconocer intereses moratorios a favor de la parte demandante solicitada con fundamento en el artículo 1080 del código de comercio; ausencia de los elementos constitutivos de responsabilidad civil contractual en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.; La Genérica.”

Surtido el traslado de las excepciones de fondo, se realizó la audiencia inicial regulada por el artículo 372 del C.G.P., el interrogatorio a las partes, y se dispuso tener como pruebas las documentales allegadas por los litigantes; posteriormente, en audiencia de instrucción se escucharon los alegatos conclusivos.

IV. DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA. -

El juez a-quo culminó la instancia con sentencia fechada 15 de abril de 2021, mediante la cual accedió a las pretensiones principales de la demanda, declarando a la aseguradora demandada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., civil y contractualmente responsable de los perjuicios materiales sufridos por la demandante, por negarse a pagar las prestaciones dinerarias correspondientes, con ocasión de haberse materializado el riesgo asegurado mediante las pólizas de seguro a que alude la demandante, condenándola en consecuencia a pagar los saldos insolutos de las obligaciones No. 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, y 00130270139600015936 de las que la demandante figura deudora y el BANCO VILBAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA

COLOMBIA S.A. en calidad de acreedor, de las cuotas causadas desde la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente otorgada a la demandante, esto es, desde el 12 de abril de 2019, hasta la fecha de presentación de la demanda, y las demás que se hubieren pagado con posterioridad a ésta, respecto de los créditos ya mencionados, y condenó en costas a ambas demandadas.

Para arribar a la anterior decisión, desestimatoria de la tesis de la nulidad relativa por reticencia defendida por el extremo pasivo, argumentó el juez a-quo, citando jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que el hecho de que una persona padezca una enfermedad preexistente, no implica per se la nulidad relativa del vínculo, pues el asegurador en su calidad de profesional del ramo, tiene la obligación de realizar las verificaciones que considere necesarias a efectos de establecer el real estado de salud del asegurado; lo que implica que sobre el profesional de los seguros pesa una carga de diligencia que le impone establecer con certeza el nivel de riesgo del solicitante del seguro, pues de no hacerlo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los efectos adversos de la indeterminación del real estado de asegurabilidad; y, que en ese sentido, en este caso la compañía aseguradora tenía la obligación de actuar de tal forma, lo que no hizo; además de que tampoco acreditó en el proceso el nexo de causalidad entre la condición médica preexistente de la demandante y el riesgo en salud que se concretó, puesto que antes de la adhesión de la accionante a las pólizas de seguros de grupo ya reseñadas, según la historia clínica ésta padecía de hipertensión arterial, pero las patologías por las que fue declarada en incapacidad permanente son las de disfonía severa, faringitis crónica y síndrome depresivo, que no guardan relación con la patología preexistente; sentencia que fue posteriormente aclarada, en el sentido de indicar que la obligada al pago de los perjuicios materiales afrontados por la demandante, es la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.

V. DE LA APELACIÓN Y SUS FUNDAMENTOS. -

La sentencia de primer grado fue apelada por la parte demandada, en los siguientes términos.

➤ Se duele el **Banco Bilbao Vizcaya Argentaria – BBVA Colombia**, que el juez a-quo, a pesar de encontrarse documentalmente acreditado que la demandante no declaró sinceramente el estado de salud que tenía al momento de adherirse a las pólizas de seguro grupo ya identificadas, no valorara adecuadamente tal material de convicción, que impone declarar reticente el comportamiento contractual de la demandante; y que se equivoca además, al aplicar una jurisprudencia que la Corte Suprema de Justicia emitió para resolver un caso relacionado con el contrato de medicina prepagada, que no resulta aplicable a este caso en que el fundamento de las pretensiones es un contrato de seguros: y, finalmente se queja de que a pesar de no haber resultado condenada, se le imponga la obligación de pago de las costas del proceso;

➤ La Sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**, censura la sentencia de primer grado, por considerar a) Que se sancionó la omisión de la aseguradora de verificar el estado de salud de la demandante, aun cuando no es obligación hacerlo; pero no se aplicaron a ésta los resultados adversos que la ley estipula cuando el asegurado actuando de mala fe, desatiende su obligación de informar veraz y honestamente su estado de salud en los seguros de vida, que no es otro, que declarar la nulidad relativa del contrato correspondiente; b) Que, para no declarar acreditada la excepción de inexistencia del nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, el juez a-quo se fundamentó en una sentencia de tutela de la Corte Constitucional que no

tiene efectos erga omnes, desatendiendo que la jurisprudencia y la doctrina nacional son consistentes en considerar que no se requiere tal nexo de causalidad para declarar la nulidad por reticencia, pues lo que se sanciona y es relevante, es una relación causal entre el vicio que afecta la declaración de asegurabilidad, y el consentimiento del asegurador para realizar el contrato ignorándolo, y por ende, desconociendo el verdadero estado del riesgo en los seguros de vida; c) Que no se declaró probada la excepción de buena fe de la aseguradora demandada, a pesar de que en este tipo de contratos se exige al asegurado actuar con una buena fe calificada al momento de informar su estado de salud; d) Que no se declaró probada la excepción de inexistencia de la obligación de la aseguradora de efectuar pagos o devoluciones a la demandante, sin tomar en consideración que el beneficiario de los contratos de seguros es el banco acreedor; y e) Que no se declaró probada la excepción de inexistencia de la obligación de reconocer intereses moratorios a favor de la parte demandante, cuando, siendo el beneficiario el banco acreedor, es éste quien puede demandar el pago de intereses.

VI. PROBLEMA JURÍDICO

Como primera medida debe aclararse, que conforme al artículo 320 del C.G.P., está legitimado en causa para proponer el recurso vertical, la parte a quien haya sido desfavorable la providencia, y como quiera que la sentencia accedió a las pretensiones principales, que estaban dirigidas únicamente contra la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria – BBVA COLOMBIA S.A. está legitimado en causa para recurrir en apelación únicamente en lo que respecta al numeral 5º de la sentencia apelada que lo condenó en costas, de manera que en lo que a este demandado concierne, luego de resolver la apelación de la otra demandada, la Sala se ocupará solamente en determinar si procede o no condenarlo en costas.

En relación con la otra demandada Sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**, la Sala resolverá: 1) Si por la circunstancia de no haber declarado la demandante, al diligenciar los formularios de asegurabilidad, que padecía de hipertensión arterial, ello afecta de nulidad relativa los contratos de seguros grupo a los que adhirió, de los que deriva las pretensiones planteadas en este proceso; 2) En caso de que el anterior interrogante se resuelva de forma negativa, se resolverá si la aseguradora demandada debe devolver a la demandante, junto con los intereses, los dineros que ésta pagó al BANCO BBVA para honrar los créditos amparados por las aludidas pólizas de vida de seguro grupo, desde la fecha de estructuración del riesgo asegurado, hasta el monto de los saldos insolutos cubiertos por el valor asegurado.

No observándose causal de nulidad que deba declararse, procede resolver, previas las siguientes. -

CONSIDERACIONES DE LA SALA. -

a) De la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo. -

El principio de buena fe se encuentra consagrado en el art. 83 de la Constitución Nacional, al establecer el Estatuto Superior, que “*Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten...*”; lo cual, en lo que concierne a las relaciones contractuales, se encuentra estipulado en el art. 871 del Código de Comercio, según el cual “*Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse 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”; previsiones constitucionales y legales a las que, obviamente, no escapa el contrato de seguros.

Es así, que el art. 1058 del Código de Comercio, impone al tomador del seguro, la obligación de “...*declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo...*”, so pena de que la “...*reticencia o 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*”; disposición normativa respecto de la cual el Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio, en el acta No.73, publicada en 1983 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros “Acoldese”, Bogotá, Unión Grafica Ltda., consideró que es posible afirmar que del art. 1058 del Código de Comercio, emerge que:

a) El tomador del seguro tiene la carga precontractual de declarar sinceramente los hechos y circunstancias significativas que determinan el estado del riesgo¹;

b) La declaración puede hacerse con o sin cuestionario;

c) La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida fidelidad en las respuestas o relato, total o parcialmente, en lo que debiera decirse;

d) Las inexactitudes y reticencias, por dolo o culpa del tomador, son sancionadas con la declaratoria de nulidad relativa del contrato, siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo, o sea, de aquellos que, de haber sido conocidos por el asegurador, lo habrían retraído de contratar, o, lo hubiera hecho exigiendo condiciones más onerosas para el tomador; (subrayado de la Sala)

¹ Riesgo moral o subjetivo que hace relación a cualidades personales del tomador o asegurado; y riesgo físico u objetivo que se refiere a particularidades físicas o materiales del objeto del seguro.

Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304

Telefax: (5) 3855005 ext. 3028

Correo Electrónico: scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla – Atlántico.

e) No habrá nulidad si las inexactitudes o reticencias relevantes provienen de error inculpable del tomador; caso en el cual, el asegurador solo queda obligado a pagar una parte de la prestación asegurada, directamente proporcional a lo que la tarifa o prima pactada represente en relación con la tarifa o prima correspondiente al verdadero estado del riesgo; con excepción al principio de *incontestabilidad*, que, en materia de seguros de vida consagra el art. 1160² del C. de Cio.;

f) La sanción por inexactitud o reticencia no tiene lugar, si en la etapa precontractual, el asegurador ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre las que versan los vicios de la declaración, o si, celebrado el contrato de seguros, los subsana o acepta expresa o tácitamente; y

g) No hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia, y el siniestro.

Respecto de esta última conclusión, la Corte Constitucional, en sentencia C-232 de mayo 15 de 1997, al estudiar la demanda que solicitó la declaratoria de inexequibilidad, o de constitucionalidad condicionada de la nulidad relativa del contrato de seguros, con fundamento en que las reticencias o inexactitudes en la declaración de asegurabilidad tienen que estar en relación de causalidad con el siniestro, la Corporación, luego de señalar que el art.1058 del Código de Comercio exige del tomador del seguro una buena fe calificada tanto para el asegurador como para el tomador; y centrándose en la carga precontractual que corresponde al tomador, señaló:

“...Es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué

² Art.1160 C. Cio “Transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304

Telefax: (5) 3855005 ext. 3028

Correo Electrónico: scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla – Atlántico.

el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe.

Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que, si el asegurador, como se ha visto, está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios.

Las nulidades relativas del art. 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto. En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguros, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto *ab initio*, en el momento de celebrar el contrato de seguro y no al acaecer el siniestro. La relación de causal que importa y que, para estos efectos debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador (...) Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción solo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato...” (subrayado de la Sala).

En este orden de ideas, señaló la alta Corporación, que “...el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se le puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines (...). En consecuencia, como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta

particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe...”

No obstante, en sentencia T-00827 de junio 1º de 2016, la Corte Constitucional se pronunció en relación con la práctica de las aseguradoras de alegar la preexistencia de enfermedades para sustraerse de la obligación de pago de la indemnización en los seguros de vida, estableciendo una serie de principios y criterios que han de tomarse en consideración, para en casos concretos determinar si la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador o asegurado, según sea el caso, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, que se pueden sintetizar así:

- a. En virtud del principio de buena fe, las aseguradoras tienen la obligación de redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones posibles;
- b. Las aseguradoras tienen la obligación de realizar exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado;
- c. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, según sea el caso, es decir, la voluntad de éstos de ocultar la existencia de una condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro;
- d. El asegurador debe acreditar que, de haber conocido la patología preexistente, no hubiera contratado, o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas para el tomador o asegurado;
- e. Si el asegurador conocía, podía conocer, o no demuestra que los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia, no podrá eximirse de la obligación del pago del seguro; y

f. La asegura no puede limitarse a alegar preexistencias, sino que debe demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y el siniestro, para sustraerse del pago de la indemnización pretendida.

Esta posición fue reiterada por la Corte Constitucional en sentencias T-027 de 2019 y T-061 de 2020 al señalar que la compañía de seguros que alegue la inexactitud o reticencia en el contrato de seguros, para liberarse del pago de la indemnización, debe acreditar 1) El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguros – enfermedades preexistentes- y aquellas que dieron lugar a la materialización del riesgo asegurado; y 2) La mala fe del tomador o asegurado al momento de celebrar el negocio jurídico asegurativo.

Sobre este mismo tema, la Corte Suprema de Justicia en sentencias de septiembre 1º de 2015³, consideró que la reticencia que da lugar a la nulidad relativa del contrato se configura por el ocultamiento de la verdad por parte del tomador o beneficiario del seguro frente a su historial, sin que resulte necesario indagar acerca de la importancia que para la aseguradora tiene el hecho ocultado, para efectos de decidir si realiza el contrato o lo hace en condiciones diferentes, puesto que ello se infiere del hecho de que las preguntas relacionadas con el mismo se encuentren insertas en el formulario propuesto; sin embargo, en sentencia SC3791 de 2021, la Sala de Casación Civil de dicha Corporación efectuó un profundo estudio de la figura jurídica de la inexactitud o reticencia en los contratos de seguro, puntualizando lo siguiente:

1. Que, la ubérrima buena fe que se exige en el contrato de seguros, va en dos vías “...por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados,

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de septiembre 1º de 2010. Exp. Rad. 2003-0400-01. M.P. Edgardo Villamil Portilla.

Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304

Telefax: (5) 3855005 ext. 3028

Correo Electrónico: scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla – Atlántico.

al «mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas». De modo que le corresponde al tomador expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, pero también al asegurador se le impone una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de “pesquisa” como ya los había exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio, sobre el entendimiento del texto en cuestión, en el antecedente de casación civil de 19 de abril de 1999, expediente 4929, en el cual la Sala preconizó que la buena fe es «un postulado de doble vía (...) que se expresa –entre otros supuestos- en una información recíproca», tesis reiterada el 2 de agosto de 2001, y reafirmada en el del 26 de abril del 2007. Estos precedentes antes citados, pero que ahora recaba la Sala, estructuran una recia doctrina probable (artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe, pero también sobre la obligación de indagación en cabeza de la aseguradora.

2. Que, para la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguros, en los términos del art. 1058 del Código de Comercio, no basta que el tomador o asegurador haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo; sino que, además, la información omitida o suministrada en forma no veraz, debe tener una importancia o trascendencia determinante en la formación del contrato, de tal manera 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.”⁴;

3. Que, “...si bien el asegurador es sujeto pasible de intensa y plausible protección de cara al fraude, a la deformación consciente de la

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC5327-2018 del 13 de diciembre de 2018 M.P. Dr. Luis Alonso Rico Puerta
Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304
Telefax: (5) 3855005 ext. 3028
Correo Electrónico: scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico.

realidad, o a la mera inexactitud patrocinados por determinados e inescrupulosos candidatos a tomadores que socavan el acrisolado postulado de la buena fe, aquel no puede asumir invariable e irrestrictamente, una actitud rayana en la pasividad, más propia de espectadores que de partícipes en una relación negocial... cuando sobre él gravita... un correlativo deber de colaboración que, desde un ángulo más solidario –bien entendido- se orienta a la satisfacción del interés de su cocontratante (...); de manera que partiendo de la declaración que suministra el tomador o asegurado, “...puede y debe informarse sobre los contornos del riesgo, de manera que pueda contrastar la información recibida con la auscultada, y así evaluar el peligro de una forma mucho más acertada, que permita arribar a un acuerdo sobre bases certeras acerca de la contingencia inesperada que se quiere amparar.”⁵; aclarando sin embargo, que ello no implica, indefectiblemente, que la asegurador deba efectuar de manera forzosa un examen médico previo a la suscripción del seguro, pues el art. 1158 del Estatuto Mercantil prevé la posibilidad de que se prescinda de dicho examen, sin que ello implique liberación de las responsabilidades contenidas en el art. 1058 ibídem; pero en este caso, debe acreditar la mala fe del tomador o asegurado;

4. Que, en consecuencia, la compañía de seguros que pretende la declaratoria de nulidad relativa, en términos del art. 177 del C.P.C., actual art. 164 del C.G.P., tiene la carga de demostrar la reticencia o inexactitud, la incidencia que ello tuvo en el consentimiento del asegurador, que de haber conocido la verdad de los hechos que fueron ocultados, tergiversados o falseados no hubiera contratado o lo hubiera hecho en condiciones diferentes más onerosas para el tomador o asegurado, puesto que “...la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el

⁵ Ibidem

contrato»⁶. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento.»⁷.

b) Análisis del caso concreto. -

1. Descendiendo al análisis del recurso de apelación, encontramos que, el juez A-quo accedió a las pretensiones principales de la demanda, luego de desestimar la excepción de nulidad relativa del contrato de seguros invocada por el extremo pasivo, por considerar que la nulidad no se encuentra configurada en este caso, dado que i) La aseguradora tenía la carga de realizar exámenes médicos previos a la demandante, antes de otorgarle las pólizas de seguro referenciadas, para conocer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir los contratos respectivos, lo que no hizo (Corte Constitucional, Sentencia T-393 de 2015); y ii) La aseguradora tenía la carga de demostrar que existe nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud (condición médica no declarada) y la condición médica que fue causa del siniestro, para poder declarar la nulidad (Corte Constitucional, Sentencia T-282 de 2016), lo que tampoco hizo.

La compañía de seguros demandada cuestiona tales argumentos, argumentando que está acreditado en el plenario que para la data en que se suscribieron las diferentes pólizas de seguro a que se hace referencia en el proceso, la demandante padecía de hipertensión arterial, enfermedad a la que no hizo referencia alguna al momento de declarar su estado de riesgo, pese a que taxativamente le fue preguntado si había sufrido de dolor en el pecho,

⁶ Corte Constitucional. Sentencia T-222 de 2 de abril de 2014. En últimas, como allí se indicó, la «reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe».

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona
Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304
Telefax: (5) 3855005 ext. 3028
Correo Electrónico: scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico.

tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón, a lo que siempre respondió que no, colmándose el requisito previsto por el art. 1058 del Código de Comercio para declarar la nulidad relativa del contrato; pues, de otra parte, estima que no existe obligación legal de realizar exámenes médicos previos a la expedición del seguro, pues el mismo Código de Comercio indica, que la no realización de los mismos, no exime al asegurado de los deberes que le impone el artículo 1058 de la normatividad mercantil; aunado al hecho de que la jurisprudencia ha decantado, que no es necesario que exista un nexo de causalidad entre el padecimiento ocultado y aquel que produjo la incapacidad o muerte que activa el seguro, citando al efecto la sentencia C-232 de 1997, mediante la cual se declaró la exequibilidad del artículo ya citado.

2. Para resolver el primero de los problemas jurídicos planteados por la compañía aseguradora recurrente, menester es indicar que son hechos pacíficos en este caso: **i)** La adquisición de productos de crédito amparados por pólizas de seguro de vida grupo deudores, y una póliza de hogar, **ii)** La firma de las correspondientes declaraciones de asegurabilidad por parte de la demandante, en las que se indicó no padecer de enfermedad alguna, **iii)** El diagnóstico preexistente de hipertensión arterial que había sido dado a la demandante, con anterioridad a la suscripción de las pólizas, y, **iv)** La objeción formulada por la aseguradora, frente al reclamo efectuado por la actora, bajo el argumento de reticencia; hechos estos que al estar aceptados por las partes, no merecen mayor análisis.

El meollo del asunto radica en determinar, si con las pruebas enunciadas en el párrafo anterior, resultan suficientes para declarar la nulidad relativa de los seguros pactados, como aspira la compañía de seguros demandada; a lo que el Juez de instancia respondió negativamente, pero basándose en argumentos jurídicos que esta Sala no comparte, pues de una parte aplicó jurisprudencia

constitucional emitida en acciones de tutela en donde se el análisis de fondo de esta figura jurídica; y, de otra parte, tal como expresa la aseguradora recurrente, no está prevista como una obligación para la aseguradora practicar examen médico al tomador o asegurado según sea el caso, antes de suscribir el contrato de seguros, y tampoco es necesario que exista nexo de causalidad entre la información ocultada y el padecimiento causante de la materialización del riesgo asegurado; pues tal y como antes se explicó, frente al examen médico ha concluido la jurisprudencia constitucional y la de la Corte Suprema de Justicia como órgano de cierre de la justicia ordinaria, que su realización para establecer el estado de salud del asegurado es optativa, pues el interesado en el seguro está compelido en virtud de la ley a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, por lo que no puede decirse que lo que calla el asegurado, lo asume irrestrictamente el asegurador; mientras que frente a la necesidad de coincidencia entre lo ocultado y la causa de la materialización del riesgo, han establecido ampliamente las dos corporaciones que la nulidad relativa derivada de la reticencia 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, puesto que la relación de causalidad que se examina es la de la inexactitud de la información suministrada por el tomador o asegurado, en relación con la incidencia que ello hubiere tenido en la expresión del consentimiento de la compañía aseguradora, para otorgar el seguro o hacerlo exigiendo condiciones más onerosas o garantistas.

Ahora bien, pese al desacierto de las argumentaciones basilares del fallo apelado, a juicio de esta Sala, la nulidad solicitada por vía de excepción por la compañía recurrente, no está llamada a prosperar, pero, por la potísima razón de no haber demostrado la aseguradora que la información ocultada por la demandante -a saber, que sufría de hipertensión arterial- tenía la connotación o

relevancia suficiente, para que, de haberla conocido antes de expedir las pólizas de seguro de marras, le hubiese motivado a no realizar dichos contratos de seguro, o en su defecto, para contratar hubiese impuesto unas condiciones más onerosas para la demandante.

Recuérdese que, los requisitos para la declaratoria de nulidad relativa del contrato de seguros por inexactitud o reticencia en la declaración del riesgo asegurado, además de requerir la prueba de haber obrado el tomador o asegurado en tal forma, se requiere que se demuestre que lo hizo de mala fe, como quiera que la buena fe se presume; y además, que si la compañía aseguradora hubiere tenido conocimiento de los hechos ocultados o falseados, no hubiere contratado, o lo hubiere hecho exigiendo unas condiciones que le fueran más favorables.

Recapitulando, encontramos entonces que, demostrada está la inexactitud de la información suministrada por la demandante, puesto que ciertamente en la declaración de asegurabilidad declaró no padecer enfermedad alguna, cuando es lo cierto que, con anterioridad a la suscripción de los contratos de seguro de la referencia, le había sido diagnosticada de padecer la patología de hipertensión arterial y trastorno mixto de ansiedad y depresión, medicada con Losartán de 50 mg., y antidepresivos, como aparece a folios 17 a 18 del ítem “12contestaciónSeguros” del expediente digital, lo que hace presumir su mala fe, pues siendo conocedora de las enfermedades que la aquejaban, y encontrándose tomando medicamentos para afrontarlas, manifestó no padecer ninguna patología, ocultando su verdadero estado de salud a la aseguradora demandada.

Sin embargo, como antes se ha analizado, tales dos supuestos fácticos no resultan suficientes para que se abra paso la declaratoria judicial de nulidad

relativa de los contratos de seguros objeto de este proceso, como quiera que, además de ello, la aseguradora demandada debía acreditar en el proceso, que la información ocultada era de tal relevancia, que de haberla conocido, no hubiera expedido las aludidas pólizas de seguro, o hubiera exigido a la demandante el cumplimiento de otras condiciones que le ofrecieran mayor garantía y por ende que fueran más onerosas para la accionante, lo que no demostró.

Respecto de tal omisión probatoria, parecer pensar la apoderada de la aseguradora recurrente, que la ubérrima buena fe en materia de seguros sólo es exigible al interesado en adquirirlos y no a la compañía de seguros, lo cual es un desacierto, pues así como se exige al interesado declarar fiel y honestamente su real estado de asegurabilidad, no bastando el simple cumplimiento de formalismos, en el mismo sentido se exige a la compañía de seguros, como profesional especializado y ostentador de la posición dominante en este tipo de convenios, actuar con la misma buena fe; lo que a no dudarlo se traduce, en que al momento de alegar la nulidad, deba demostrar, por cualquiera de los medios probatorios admisibles por nuestra legislación, la trascendencia e importancia que para la compañía representaba la información ocultada o falseada, según sea el caso; de manera que así como no escatimó esfuerzo en probar la reticencia y la mala fe de la demandante, la labor probatoria debía ser igualmente productiva en lo que respecta a revelar la importancia y trascendencia que para esa empresa tenía la información ocultada para efectos de decidir si expedía o no las pólizas contratadas, o si las expedía previo el lleno de otras condiciones o requisitos que, en términos de equilibrio contractual, garantizara la conmutatividad⁸ del contrato; acreditando a través de alguno o algunos de los medios probatorios disponibles, que la circunstancia de padecer la demandante las patologías mencionadas,

⁸ Art.1498 del Código Civil "El contrato oneroso es conmutativo, cuando cada una de las partes se obliga a dar o hacer una cosa que se mira como equivalente a lo que la otra parte debe dar o hacer a su vez..."

Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304

Telefax: (5) 3855005 ext. 3028

Correo Electrónico: scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla – Atlántico.

comportaba un factor decisivo para ella suscribir los contratos de seguros de marras, o, para hacerlo en otras condiciones, por ejemplo, que a otros clientes suyos, personas hipertensas o con padecimientos de ansiedad, en rangos de edad y condiciones socioeconómicas y laborales similares a las de la demandante, se había asumido un comportamiento contractual diferente, bien absteniéndose de contratar el seguro, o estableciendo una prima más alta; pero frente a tal aspecto, encontramos una completa orfandad probatoria.

Aunque la posición que de antaño defendía la Sala Civil de la Corte, daba poca importancia a este hecho, esta Sala se adhiere a los planteamientos esbozados por esa Alta Corporación en la sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021, pues 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 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; y en ese orden de ideas, la excepción planteada por BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. ciertamente no estaba llamada a prosperar, como dedujo finalmente el juez de primer grado, cuya decisión entonces será confirmada, pero no por los argumentos en que la fundamentó, sino por los contenidos en esta providencia.

3. Descendiendo al segundo de los problemas jurídicos planteados, tenemos que la aseguradora demandada indica no estar obligada a pagar a la demandante ninguna suma de dinero, pues el tomador y beneficiario de todas y cada una de las pólizas de seguro que dieron lugar a la presente litis es el

BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A., entidad a la que debe pagársele el importe de las pólizas hasta el monto del valor asegurado, dada su calidad de beneficiario oneroso; y, que tampoco está obligada a reconocer intereses a favor de la demandante, pues reitera que el pago debe hacerse es al BANCO BBVA, pues no le asiste a la demandante legitimación en la causa por activa en torno a estas pretensiones.

Frente a tales argumentos, debe recordarse que este es un proceso de responsabilidad civil contractual, regido por el art.1546 del Código Civil en lo que concierne a la sanción por incumplimiento contractual, según el cual, en caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, podrá el otro contratante a su arbitrio, hacer uso de la acción de cumplimiento o la de resolución contractual, en ambos casos con derecho a pretender obtener la indemnización de los perjuicios que el incumplimiento le hubiere irrogado.

En este caso la demandante optó por la acción de cumplimiento contractual, y al encontrarse demostrado que la aseguradora se sustrajo del deber convencional de pagar los saldos adeudados por la actora al BANCO BBVA desde la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente que le fue certificada; como también que la demandante pagó las cuotas o valores que debían ser cubiertos por las pólizas de seguro respecto de cada uno de los créditos adquiridos y respaldados por dichas pólizas de seguro, como fue expresamente aceptado por el BANCO BBVA al contestar la demanda, resulta evidente que la demandante, al cubrir la obligación insoluta, en la proporción que correspondía a la compañía de seguros tomando en consideración el valor asegurado, ha soportado un detrimento patrimonial denominado daño emergente, que en consecuencia debe ser reparado, y como así lo determinó la primera instancia, ello también deberá ser confirmado.

4. En relación al único de los reparos admisible en apelación, expresado por el Banco BBVA, esto es, el que versa sobre la condena en costas, debe decirse sin ambages, que, al haber sido dicha entidad bancaria absuelta de las pretensiones de la demanda, y haber prosperado éstas solo respecto de la aseguradora demandada, es claro y no requiere mayor explicación, que la condena en costas no puede cobijar al aludido banco, puesto que conforme a lo previsto en el art.365 del C.G.P., la condena en costas procede contra el litigante que haya sido vencido en el proceso, o en la decisión de alguno de los recursos ordinarios o extraordinarios, o en algún trámite o incidente consagrados en el Estatuto Procesal; de manera que se impone la modificación del numeral 5º de la parte resolutive de la sentencia apelada, a efectos de ajustar la condena en costas solo respecto de la compañía de seguros demandada y vencida en juicio.

Por lo anteriormente expuesto, la Sala Séptima de Decisión Civil-Familia, del Tribunal Superior de Barranquilla, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley. -

RESUELVE:

1º.- CONFIRMAR los numerales 1, 2, 3, 4, y 6 de la sentencia fechada 15 de abril de 2021, aclarada mediante proveído de fecha 22 de abril del mismo año, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla - Atlántico, dentro del Proceso DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, adelantado por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ, contra las sociedades: BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., pero por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído.

2°.- MODIFICAR el numeral 4 de la sentencia apelada, el cual quedará así: *“De conformidad a lo normado en el artículo 365 del C.G.P. condénese en costas a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. Por el Despacho de primer grado tásense las agencias en derecho, e inclúyanse en la liquidación concentrada de costas que habrá de realizar la Secretaría del juzgado de primera instancia”*

3°.- Condénese a la demandada, BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., al pago de las costas de la segunda instancia. Tásense las agencias en derecho de esta instancia en cuantía equivalente a dos (2) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes; e inclúyanse en la liquidación conjunta de costas.

4°.- Por la Secretaría de esta Sala devuélvase el expediente al juzgado de origen, para lo de su competencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ
Magistrada Sustanciadora

HENRY ANDREW BARSBOSA SALAMANCA
Magistrado

YAENS LORENA CASTELLON GIRALDO
Magistrada

01

Firmado Por:

Vivian Victoria Saltarin Jimenez
Magistrada
Sala 007 Civil Familia
Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico

Yaens Lorena Castellon Giraldo
Magistrado
Sala 005 Civil Familia
Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico

Henry Andrew Barbosa Salamanca
Magistrado
Sala Civil Familia
Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico

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: **e6596cbfeec05160a7f60a059155fda0c9cf8982cca6afe959725965fac3e300**
Documento generado en 08/06/2022 03:35:28 PM

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



AUDIENCIA DE QUE TRATA EL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 372 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO

FECHA DE LA AUDIENCIA veintiocho (28) de marzo de 2022
PROCESO VERBAL
RADICACIÓN 08001405300320200012200
PARTE DEMANDANTE CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ
PARTE DEMANDADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA S.A."
HORA INICIO 09:30 am

INTERVINIENTES

PARTE DEMANDANTE

Claudia Patricia Archila De La Hoz identificada con cedula de ciudadanía No. 57.447.992

APODERADO PARTE DEMANDANTE

Cristian Sanjuanelo Del Villar identificado con cedula de ciudadanía No. 1.043.840.311 y TP 249.712 C.S.J.

PARTE DEMANDADA

- ✚ Bbva Seguros de Vida Colombia S.A. identificada con el Nit. No. 800.240.882-0, representada legalmente por el señor Manuel José Castrillón Pinzón identificado con cedula de ciudadanía No. 1.061.733.649
- ✚ Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. "Bbva Colombia S.A." identificada con el Nit. No860.003.020-1, representada legalmente por la señora Victoria Milena Del Pilar Serret Bolívar identificada con cedula de ciudadanía No. 32.760.963

APODERADO PARTE DEMANDADA

- ✚ Holger Augusto Alfonso Flórez identificado con cedula de ciudadanía No. 1.143.425.224 y TP 220.003 del C.S.J.
- ✚ Victoria Milena Del Pilar Serret Bolívar identificada con cedula de ciudadanía No. 32.760.963 y TP 94.296

DECRETO DE PRUEBAS

Incorporar al expediente el Dictamen de pérdida de capacidad laboral remitido por la Clínica General Del Norte S.A., para que obre como prueba dentro del proceso.

En consecuencia, deviene cerrar el debate probatorio y se continua con la etapa que legalmente corresponde.

La anterior decisión se notifica en estrado

CONTROL DE LEGALIDAD

Considerar no objetado el juramento estimatorio, de acuerdo con la solicitud de la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. En consecuencia, el despacho rechaza la objeción al juramento estimatorio presentada por el apoderado judicial de la parte demandada, la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7 Centro Cívico
Teléfono: 3885005 Ext. 1061. www.ramajudicial.gov.co Correo cmun03ba@ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico. Colombia

La anterior decisión se notifica en estrado

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandante para que presente sus alegatos.

Seguidamente se le concede el uso de la palabra a las sociedades demandadas, iniciando con la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y continuando con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA S.A.", para que presenten sus alegatos.

Concluidos los alegatos procede el despacho a dictar sentencia en el presente asunto.

En mérito de lo expuesto el JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL ORAL DE BARRANQUILLA, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR no probadas las excepciones de mérito presentadas por las sociedades demandadas, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A.", por las razones anotadas en la parte considerativa de la presente providencia.

SEGUNDO: DECLARAR civilmente responsable a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por el incumplimiento derivado del contrato de seguros, al negarse al reconocimiento y pago del siniestro amparado en la póliza de vida grupo deudor No. 0110043, suscrito por la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, en condición de deudora asegurada.

TERCERO: ORDENAR a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., el reconocimiento y pago del saldo insoluto de la obligación No. 00130158629611031103, contraída por la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A.", a partir de la ejecutoria de la presente providencia.

CUARTO: ORDENAR a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., el reconocimiento y pago de las cuotas de la obligación No. 00130158629611031103, canceladas por la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ a la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A.", desde el 10 de julio de 2019, a partir de la ejecutoria de la presente providencia; junto con el reconocimiento y pago los intereses moratorios de que trata el artículo 884 del Código de Comercio.

QUINTO: CONDENAR en costas a las sociedades demandadas, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A.", de conformidad con lo dispuesto en el artículo 365 del C. G. del P., atendiendo a las disposiciones del Acuerdo PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016, proferido por el C. S. J., por lo que se fijan como agencias en derecho a favor de la parte demandante la suma de SEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS (\$6.769.044), la cual debe incluirse en la liquidación de costas.

La decisión se notifica a las partes en estrados.

Las sociedades BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., interpusieron recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia.

El despacho concede el recurso de apelación en el efecto devolutivo de conformidad con los artículos 321, 322 y 323 del C. G. del P.

Siendo las 11:13 am, se da por terminada la audiencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



**LUISA ISABEL GUTIÉRREZ CORRO
JUEZA**

Firmado Por:

**Luisa Isabel Gutierrez Corro
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 003
Barranquilla - Atlantico**

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:

eb6f17214218d1fd66ba072af0c95fbf6d5e23d06af4795e55539c487b6d4369

Documento generado en 28/03/2022 02:46:28 PM

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



PROCESO: VERBAL

RADICACIÓN: 08001405300320200012200

DEMANDANTE: CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA".

Barranquilla, nueve (09) de mayo de dos mil veintitrés (2023).

ASUNTO

Procede el despacho a pronunciarse respecto al recurso de apelación interpuesto por los apoderados judiciales de la parte demandada, dentro del proceso promovido por la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ contra SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA COLOMBIA contra la sentencia proferida el 28 de marzo de 2022 por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Oralidad de Barranquilla.

ANTECEDENTES

La demandante CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ obtuvo un crédito de mutuo con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", y a fin de garantizar el pago del mismo, adquirió un seguro de vida con la compañía SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., designado como beneficiario y tomador del seguro al BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA COLOMBIA, en caso de fallecimiento e incapacidad total y permanente.

Que la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ presentó reclamación para hacer efectiva la póliza, pues la organización Clínica General Del Norte, entidad encargada de la calificación de los educadores afiliados al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO mediante dictamen SRAR-111-19 expedido por UTNORTE DEL NORTE-REGION NORTE le determinó el 100% de pérdida de capacidad por enfermedad laboral, por la siguiente patología DISFONIA SEVERA; sin embargo, la Aseguradora objetó la reclamación por reticencia.

PRETENSIONES PRINCIPALES:

Solicita que se declare que como consecuencia de la incapacidad total dictaminada, se materializo el riesgo amparado en la Póliza de vida deudores N° 0110043 que existía con la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y que amparaba el crédito N° 00130158629611031103 adquirido con el BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA".

Que se declare que por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., BANCO BBVA, incumplió el contrato de seguro de vida deudores al abstenerse de realizar el pago e indemnización del riesgo amparado en la Póliza de vida deudores donde figura como asegurada la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ y cancelar el saldo insoluto de las obligaciones de la mencionada con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA".

Que se declare civilmente responsable a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por los perjuicios y/o daños materiales en sus modalidades:



DAÑO EMERGENTE CONSOLIDADO: La suma de DIEZ MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS (\$10.143.952), valor correspondiente a las cuotas pagadas en el crédito N° 00130158629611031103, el cual se encuentra amparado con la PÓLIZA VIDA DEUDOR NO. 026300110236201589611031103.

El reconocimiento de los intereses moratorios a partir del 18 diciembre de 2019, momento en el cual la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objeta la reclamación, hasta el día 26 de febrero 2020 fecha en la cual se presenta la demanda: UN MILLON CIENTO SESENTA Y OCHO MIL PESOS (\$1.168.000).

DAÑO EMERGENTE FUTURO: La suma de SETENTA Y TRES MILLONES TRECIENTOS UN MIL CIENTO DOS PESOS (\$ 73.301.102); por concepto de las cuotas del crédito N° 00130158629611031103, que aún no ha cancelado la demandante a la fecha de presentación de esta demanda, o en su defecto hasta que su despacho profiera sentencia condenatoria, y que se encuentra amparado con la póliza No. 026300110236201589611031103.

Que de la misma manera y como consecuencia de los anteriores pronunciamientos se le ordene a la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. cancelar el valor insoluto de los saldos adeudados de los créditos de mutuo con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", identificado con el número crédito número 00130158629611031103, saldos insolutos que deberán ser cancelados desde la ejecutoria de la sentencia.

Que de la misma manera y como consecuencia de los anteriores pronunciamientos se ordene a la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. identificada con Nit. No. 800240882-0 que los valores a reembolsar a la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ indexados o intereses sobre las sumas canceladas, para el correspondiente reembolso.

Que se condene al pago de las costas y agencias en derecho a la parte demandada la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

PRETENSIONES SUBSIDIARIAS

Que se declare que la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ cumplió los contratos firmados con el BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", coetáneos y coexistentes con los contratos de seguro, como quiera que pagó cumplidamente las obligaciones a su cargo, derivadas de ellos.

Que se declare que la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", tenía la obligación de notificar e informar de manera clara y precisa todo lo correspondiente a los contratos de mutuo y los contratos de seguros coexistentes, que fueron entregados por dicha sociedad.

Que se declare que la demandada BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA" tenía la obligación legal de comunicar a la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA



HOZ, las exclusiones de la póliza y todo lo correspondiente a esa contratación, que permitiera garantizar un buen aseguramiento del riesgo amparado para garantizar los créditos otorgados a sus clientes.

Que se declare la responsabilidad civil del BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", y de la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., respecto de los perjuicios y daños a la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, causados con ocasión del no pago de los seguros de vida y el no pago de los saldos insoluto de la obligación que posee con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA". para la fecha de estructuración de las enfermedades laborales dictaminadas por UTNORTE ATLANTICO.

TRÁMITE EN PRIMERA INSTANCIA RELEVANTE

El a quo admitió la demanda, ordenando la notificación a la parte demandada, una vez agotado este trámite la demandada BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", dentro de la oportunidad legal contestó la demanda e invocó las excepciones de mérito:

FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA, y NO CUMPLIMIENTO DE LA DEMANDANTE DE LA OBLIGACION DE DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO.

Por su parte, la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., alega como excepciones de mérito las siguientes:

NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES NO. 0110043 POR RETICENCIA O INEXACTITUD,

LA INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) A CARGO DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A,

LA BUENA FE DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. EN CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES NO. 0110043,

LA INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE RECONOCER INTERESES MORATORIOS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE SOLICITADA CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 1080 DEL CODIGO DE COMERCIO Y

AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Surtidas las etapas propias del proceso, el Juzgado Tercero Civil Municipal de Oralidad de Barranquilla profirió sentencia en audiencia celebrada el 28 de marzo de 2022 en la que resolvió:

“PRIMERO: DECLARAR no probadas las excepciones de mérito presentadas por las sociedades demandadas, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BILBAO VIZCAYA



ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A.", por las razones anotadas en la parte considerativa de la presente providencia.

SEGUNDO: DECLARAR civilmente responsable a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por el incumplimiento derivado del contrato de seguros, al negarse al reconocimiento y pago del siniestro amparado en la póliza de vida grupo deudor No. 0110043, suscrito por la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, en condición de deudora asegurada.

TERCERO: ORDENAR a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., el reconocimiento y pago del saldo insoluto de la obligación No. 00130158629611031103, contraída por la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A.", a partir de la ejecutoria de la presente providencia.

CUARTO: ORDENAR a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., el reconocimiento y pago de las cuotas de la obligación No. 00130158629611031103, canceladas por la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ a la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A.", desde el 10 de julio de 2019, a partir de la ejecutoria de la presente providencia; junto con el reconocimiento y pago los intereses moratorios de que trata el artículo 884 del Código de Comercio.

QUINTO: CONDENAR en costas a las sociedades demandadas, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BANCO BBVA S.A.", de conformidad con lo dispuesto en el artículo 365 del C. G. del P., atendiendo a las disposiciones del Acuerdo PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016, proferido por el C. S. J., por lo que se fijan como agencias en derecho a favor de la parte demandante la suma de SEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS (\$6.769.044), la cual debe incluirse en la liquidación de costas..."

RECURSO DE APELACION:

La parte demandada a través de sus apoderados judiciales, notificados en estrado de la decisión proferida por la jueza de primera instancia, interpusieron recurso de apelación, y de manera verbal presentaron los reparos concretos, los que sustentaron en esta instancia.

REPAROS.

Procede este despacho a examinar en su orden los reparos propuestos por los demandados a la sentencia, y se resumen de la siguiente manera:

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

La Dra. OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS, actuando en calidad de apoderada judicial de la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., expone un **PRIMER PUNTO** que tituló:

"SE DEBIO DECLARAR LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043 POR RETICENCIA O INEXACTITUD. / FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA INVALIDEZ NO SE DEBE TENER COMO FECHA DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDADES."



Señala que se debió declarar la nulidad relativa del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro vida grupo deudores No. 0110043 por reticencia o inexactitud; que la fecha de estructuración de la invalidez no se debe tener como fecha de conocimiento de las enfermedades. Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención a las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. Que la declaración del estado del riesgo debe tener dos características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.

Que la inexactitud presupone una conducta activa del tomador e implica discordancia objetiva entre la declaración expresa y la realidad del hecho o circunstancia sobre que ella recae. Que la reticencia, en cambio, entraña por definición, una conducta pasiva: es el silencio, es la omisión, el encubrimiento de un hecho o circunstancia sobre los cuales se reclamó la atención del tomador o cuya importancia ha debido motivar su declaración espontánea, figura que se encuentra regulada en el código de comercio en el artículo 1058.

Que, 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 da lugar; si el tomador en la declaración de asegurabilidad incurrió en reticencia o inexactitud, la nulidad relativa que ello genera se constituye en un motivo para el no pago de la indemnización oponible al beneficiario y al asegurado. La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, insistió: “(...) la declaración de asegurabilidad debe contener una información fidedigna, amén de veraz y oportuna, como quiera que, en función suya, preponderantemente, el asegurador expresará su voluntad de establecer una relación contractual con el sujeto que, en la etapa precedente: la precontractual, fungió en calidad de candidato a tomador del seguro -llamado en algunos círculos asegurando, por su potencialidad-.

Que la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ presentó reclamación para afectar el amparo de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE” en virtud de PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043 en la cual figura como asegurada. Dicha reclamación se le dio respuesta negativa por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. alegando reticencia, con base en la historia clínica se logró establecer que la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ tenía antecedente de VÉRTIGOS PERIFÉRICOS DIAGNOSTICADO EL 04 DE DICIEMBRE DE 2010, LUMBAGO DIAGNOSTICADO EL 02 DE JULIO DE 2011, DISFONÍA DIAGNOSTICADA DESDE EL 19 DE NOVIEMBRE DE 2013, MAREO Y DESVANECIMIENTO DIAGNOSTICADO EL 26 DE FEBRERO DE 2016, EN ANOTACIÓN DEL 25 DE ABRIL DEL 2016 SE EVIDENCIAN ANTECEDENTES DE NÓDULOS EN CUERDAS BUCALES, que tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, inmersa en la solicitud/certificado individual de seguro de vida grupo deudores, en el cual se le formularon preguntas específicas sobre su estado de salud y esta omitió informar tales antecedentes médicos ya conocidos por ella, y no como lo determinó el despacho en el sentido de tomar como fecha de conocimiento de las enfermedades la fecha de estructuración del dictamen 24 de julio de 2019, toda vez, que el dictamen es prueba para la declaratoria del siniestro, pero la demandante mucho tiempo antes de la realización del dictamen y de la suscripción del seguro, ya tenía conocimiento de la existencia de sus enfermedades, que por lo tanto, se configura una nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos dentro de la póliza.



Indica que su representada actuó bajo el principio de buena fe al incluir como asegurada a la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ quien al momento de suscribir el certificado de asegurabilidad no obró de igual manera, es decir actuó de mala fe ocultando su verdadero estado de salud para ser asegurada.

SEGUNDO PUNTO: “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE RECONOCER INTERESES MORATORIOS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE SOLICITADA CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 1080 DEL CODIGO DE COMERCIO.”

Expresa que su representada no tiene obligación de realizar pago alguno por concepto de intereses moratorios a la parte demandante, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 0110043, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad. La Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera estableció que, por saldo insoluto de la obligación, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados a la fecha del siniestro. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.

Que la parte demandante en sus pretensiones solicita que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA además del pago del saldo insoluto de la obligación debe pagar a los demandantes los intereses moratorios a la tasa máxima legal. que su representada no tiene ninguna obligación de hacer pago de intereses moratorios al hoy demandante, ya que el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado en la póliza corresponde al saldo insoluto al momento del siniestro, por lo cual no habría lugar a reconocer o pagar los intereses moratorios establecidos en el artículo 1080 del código de comercio.

TERCER PUNTO: AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Señala que, en cuanto al régimen de responsabilidad civil contractual, en el derecho civil colombiano se han señalado los siguientes elementos que la conforman, y, por ende, que surja una obligación de indemnizar por parte del deudor, los cuales son: un perjuicio, una culpa contractual y un vínculo de causalidad entre la culpa y el perjuicio, todo lo cual, debe girar en torno a un contrato válidamente celebrado entre las partes. Por ser este un aspecto que no se encuentra regulado legalmente, la jurisprudencia colombiana ha señalado como elementos comunes entre la responsabilidad contractual y extracontractual que: ... deben encontrarse acreditados en el proceso los siguientes elementos: una conducta humana, positiva o negativa (...) un daño o perjuicio, esto es, un detrimento, menoscabo o deterioro, que afecte bienes o intereses de la víctima(...) una relación de causalidad entre el daño y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación, y finalmente, un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, por regla general de carácter subjetivo (dolo o culpa) y excepcionalmente de naturaleza objetiva (riesgo).

Que la parte actora, solicita como fundamento de sus pretensiones supuestos incumplimientos por parte de las demandadas en el cubrimiento de los riesgos amparados en la póliza de vida grupo deudores No. 0110043. Que teniendo en cuenta lo anterior, la acción encuentra su respaldo legal



aunque la parte demandante no lo indique en la demanda en la armonización de los artículos 1602 y 1546, en los que se dispone que en caso que uno de los contratantes incumpla sus obligaciones, opera la condición resolutoria, y en tal caso, por efecto de la ley se faculta al otro contratante para pedir a su arbitrio, o el cumplimiento del contrato o su resolución y en ambos casos la indemnización de perjuicios que corresponda. Que la jurisprudencia ha determinado que, para la prosperidad de dicha pretensión, se requiere establecer unos supuestos, que ha precisado en los siguientes términos: “dos son los requisitos para la prosperidad de tal acción. A.-) Que el contratante contra el cual se dirige la demanda haya incumplido a su carga; y b.- Que el contratante que la proponga haya cumplido o se haya allanado a cumplir lo pactado a cargo suyo.

Que la parte demandante arguye incumplimiento de obligaciones en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pero no aporta prueba alguna que demuestre la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., solo se menciona que se presentó reclamación y que en virtud de ello teniendo en cuenta las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma, pero no aporta prueba, teniendo la carga de hacerlo, la cual sea demostrativa de conducta por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la cual se ponga en evidencia un incumplimiento. Que tampoco existe una relación de causalidad entre el supuesto daño y la conducta despegada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. puesto que, de la reclamación presentada ante el Banco BBVA, por parte de la demandante, fue atendida indicando su imposibilidad de continuar la misma hasta tanto no fueran aportados nuevos documentos demostrativos del amparo reclamado.

Que es necesario que sea presentada una reclamación aparejada de los comprobantes que permiten acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los términos del artículo 1077 del C. de Co., pues a partir de la formalización del reclamo empieza a correr el término para que la aseguradora reconozca el valor asegurado u objeto la misma, de lo contrario dicha reclamación no puede ser considerada formal.

Que no existe un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por el cual se le pueda endilgar a título de culpa o dolo, que este incurrió en conducta sobre la cual pueda enrostrársele algún tipo de incumplimiento. Que no se encuentran reunidos los elementos necesarios para que pueda endilgársele responsabilidad civil contractual en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pues no se cumplen con los presupuestos para que proceda la acción de resolución contractual.

BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

La Dra. VICTORIA MILENA SERRET BOLIVAR, en su condición de apoderada Judicial del BANCO BBVA COLOMBIA S.A., presenta los reparos en contra de la sentencia proferida, los que se resumen así:

REPAROS EN CUANTO A NO DECLARAR PROBADA LA EXCEPCION DE INCUMPLIMIENTO DEL DEMANDANTE DE LA OBLIGACION DE DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO



Indica que la Corte Constitucional, en sentencia número 232 del 15 de mayo de 1997, refiriéndose a este tema afirma que “La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse (...)”. De conformidad con los incisos primero y segundo del artículo 1058 del Código de Comercio, previamente a la celebración del contrato de seguro “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. 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”. (<https://www.superfinanciera.gov.co/SFCant/Normativa/.../2011013293.doc>).

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., mediante oficio calendarado 18 de septiembre de 2019, dirigido a BBVA COLOMBIA S.A., Sucursal Gran Boulevard, Póliza: VGDB No.139, Crédito: 00130158009611031103. Manifestó: “Una vez analizados los documentos aportados para la reclamación relativa del seguro de vida grupo deudores, afectando el amparo de incapacidad Total y Permanente, de acuerdo con el dictamen número SRAR-111-19 emitido por la entidad Organización Clínica General de Norte el 24 de julio de 2019, con una pérdida de la capacidad laboral del 100%, hecho ocurrido el 01 de Junio de 2018, nos permitimos manifestar lo siguiente: De acuerdo con Historia clínica de la Organización Clínica General del Norte, encontramos que la señora Claudia Patricia Archila De La Hoz, tiene antecedentes patológicos de Vértigos Periféricos diagnosticado el 04 de diciembre de 2010, Lumbago diagnosticado el 02 de julio de 2011, Disfonía diagnosticada desde el 19 de noviembre de 2013, Mareo y Desvanecimiento diagnosticado el 26 de febrero de 2016, en anotación del 25 de abril del 2016 se evidencian antecedentes de Nódulos en cuerdas Bucleales. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan a la objeción al pago del respectivo seguro, y que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal.

Que, la aseguradora en virtud del principio de buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado este faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.

Resalta que la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o hechos causantes de la reclamación tengan alguna relación con la(s) enfermedad(es) padecida(s) y no declarada(s) por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hechos que no fueron atendidos correctamente al obviar mencionar las enfermedades citadas anteriormente; enfermedades que por su connotación tenían que ser de conocimiento para la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción. (...) Teniendo en cuenta que la señora Claudia Patricia Archila De la Hoz, al momento de diligenciar la declaración



de asegurabilidad del seguro de vida deudores del 03 de Agosto de 2017, omitió declarar dichas patologías relevantes, obligada a hacerlo en virtud del mencionado artículo: BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos los presentados en defensa de nuestros intereses”.

El hecho que la demandante CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, incumpliera la obligación de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, contenidos en la declaración de asegurabilidad, conllevó que efectuada la reclamación BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la objetara íntegra y formalmente y en consecuencia, no pagara al BANCO BBVA COLOMBIA S.A., la indemnización por el riesgo de incapacidad total y permanente de la asegurada.

Lo anterior, pese a que en la SOLICITUD/CERTIFICADO SEGURO GRUPO DEUDORES, que tiene el código de barras M026300110236201589611031103, dice: “NO FIRME ESTA SOLICITUD SIN LEER ESTE TEXTO” El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes. (...) CERTIFICO QUE RECIBI LA INFORMACION RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIE LIBREMENTE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACION DEL PRESENTE SEGURO”. Al final del documento, la demandante CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, en constancia lo aprobó y firmó en Barranquilla, el 03 de 08 de 2017.

INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DEL BANCO BBVA COLOMBIA DE REALIZAR EXAMENES MEDICOS PREVIOS A LA CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO:

Expresa que, teniendo en cuenta el objeto social que desarrolla su mandante, el BANCO BBVA COLOMBIA, no tiene el deber de ordenar la práctica de exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro. El artículo 1158 del Código de Comercio, consagra: “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”

Que la norma anterior le otorga al asegurador la potestad de decidir si prescinde o no de realizar exámenes médicos previos al asegurado. Tal decisión es fruto de la evaluación del riesgo que realiza el asegurador, partiendo de la declaración de asegurabilidad que hace el solicitante del seguro. El artículo 230 de nuestra Constitución Política consagra: “Los jueces, en sus providencias, sólo están sometidos al imperio de la ley, y que la jurisprudencia, los principios generales del derecho y la doctrina, son criterios auxiliares de la actividad judicial”. La Corte Constitucional en sentencia T-463 de 2017, en relación con la realización de exámenes al asegurado, manifestó: “...el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad



privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes. Así, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio.

ACLARACION DEL ROL DEL BANCO EN EL CONTRATO DE SEGURO:

El BANCO BBVA COLOMBIA S.A., es el tomador y beneficiario del seguro a título oneroso, por lo tanto, es el beneficiario de la prestación económica. El seguro es una garantía adicional para el pago de la deuda. Si hipotéticamente el seguro no opera por nulidad, el Banco es la víctima y no el victimario porque perdería la garantía adicional, bajo ese entendimiento el Banco no podría ser condenado a reintegrar cuotas.

Es necesario distinguir el objeto social del Banco y el objeto social de la aseguradora. Las reglas jurisprudenciales establecidas por la Corte, en relación con la aplicación de los postulados del principio constitucional de buena fe en el contrato de seguro, SE PREDICAN DE LA ASEGURADORA. Que su mandante no tiene injerencia alguna, en la decisión de: a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado.

Que siendo el Banco el destinatario de la indemnización derivada de la ocurrencia del siniestro, se opone a la condena en costas y agencias en derecho, pues fue la aseguradora quien objetó la reclamación manifestando que existió reticencia por parte de la asegurada.

REPAROS EN RELACION A LA CONDENA EN COSTAS AL BANCO BBVA COLOMBIA:

Se opone a la condena en costas y agencias en derecho a cargo del BANCO BBVA COLOMBIA S.A. Conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 365 del C.G.P., “Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso”, que como puede observarse, en la providencia apelada el BANCO BBVA COLOMBIA no fue declarado civilmente responsable. Que su mandante no tiene injerencia alguna, en la decisión de: a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado. Conforme lo expresado por la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, en sentencia de noviembre 28 de 1990, en relación con los principios que rigen la condena en costas, son dos las soluciones que se han dado para resolver quien debe asumir los gastos del proceso: la que considera que cada litigante debe correr con sus gastos y la que estima que tales erogaciones deben hacerse por la parte vencida. Esta última ha sido acogida por la generalidad de las legislaciones contemporáneas, incluyendo la legislación colombiana.

CONSIDERACIONES:

Este despacho es competente para pronunciarse sobre la apelación propuesta contra la sentencia de primera instancia, además, se constata que se encuentran satisfechos los presupuestos procesales de capacidad para ser parte, capacidad procesal, demanda en forma y competencia del juez de primera instancia, tampoco se observa vicio que genere la nulidad que pudiera invalidar total o parcialmente la actuación.



En consecuencia, corresponde a este despacho, examinar la sentencia de primera instancia de fecha 28 de marzo de 2022 proferida por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Oralidad de Barranquilla, celebrada en audiencia de instrucción y juzgamiento (art 373 del CGP). Se resalta, que de conformidad con el artículo 322 numeral 3 inciso segundo, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 328 del CGP, el pronunciamiento de la presente alzada, estarán fundados exclusivamente por los reparos concretos formulados por los apelantes y sustentados en esta instancia, sin que se pueda entrar a estudiarse ningún otro punto de la sentencia que no haya sido objeto de impugnación.

Tenemos, que este asunto trata de una demanda VERBAL instaurada por la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", donde se pretende se declare la responsabilidad civil de las demandadas BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de los perjuicios y daños causados a la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, con ocasión del no pago del seguro por incapacidad permanente y el no pago del saldo insoluto de la obligación que posee con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA" para la fecha de estructuración de las enfermedades laborales dictaminadas por UTNORTE ATLANTICO.

La a-quo, sustentó su decisión, en las normas legales, en las pruebas recaudadas y en base a la Jurisprudencia, concluyendo en síntesis que de la prueba ordenada de oficio por ese juzgado, se estableció que a la fecha de estructuración del dictamen de la pérdida de capacidad laboral de julio 10 de 2019 el siniestro se presentó con posterioridad a la toma de la póliza de seguros de deudor suscrita el 5 agosto de 2017, casi dos años después de la celebración del contrato de seguro; que de los interrogatorios a las partes al preguntarle a la actora cuándo fue diagnosticada de los nódulos en las cuerdas vocales ésta manifestó desde el año 2019, que luego de ejercicios no le fue posible recuperarse, lo que dio inicio a varias incapacidades derivando la permanente para el ejercicio de su labor como docente, adicionalmente le consultó si leyó las condiciones del contrato de seguro respondiendo que no, ya que el asesor leyó y diligenció por ella el no en las preguntas que se registran en el mismo formato del otorgamiento del préstamo. Sobre la declaración de asegurabilidad manifestó que ella confió en el asesor que diligenció el documento, que no le explicaron las condiciones del amparo, como tampoco le preguntaron por enfermedades o por su historia clínica, que se limitó a firmar y colocar la huella, que ella no llenó el formulario se confió del trabajo del asesor.

Indicó que, en reiteradas jurisprudencias constitucionales puede ser catalogada de reticencia aquellos casos en que personas contraen una obligación con una entidad bancaria diligencian el formato de aseguramiento no se les realice ninguna valoración médica previa y posteriormente se les diagnostica algunas enfermedades que influyen en la invalidez declarada y luego se les niega el pago del seguro porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado tales afectaciones.

Señala que la Corte expresó sobre la figura de la reticencia de que quienes deben probar son las aseguradoras sin que pueda concluir que el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, se falte a la verdad, en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente para que se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado, si esto no se lleva a cabo el asegurador es quien debe asumir la carga, y en este caso la actora en su interrogatorio dijo que el asegurador no realizó los exámenes médicos, como tampoco solicitó su historia clínica con el propósito de establecer el estado



real de salud al momento de la celebración del contrato de seguro, no reconoce la ocurrencia de la reticencia alegada por lo que declara ese medio exceptivo.

Valoradas las pruebas se constituye con realidad que la aseguradora no realizó exámenes médicos previos, que la demandante no actuó de mala fe puesto que el diagnóstico principal de DISFONIA SEVERA que se estructuró el 10 de julio de 2019 fue posterior a la celebración del contrato de seguro que tuvo lugar el 5 de agosto de 2017.

Indica sobre la inexistencia de la obligación de reconocer intereses moratorios, que está el hecho probado de que la Sra. ARCHILA DE LA HOZ tiene una pérdida de capacidad del 100% conforme con el dictamen emitido por la Organización Clínica General del Norte, prueba que fue allegada al proceso sin ninguna objeción por parte de las demandadas, siendo desde allí los efectos jurídicos para que se materializara el amparo contratado y que fue denegado por la aseguradora, y que por lo tanto no puede ser exonerada de esa obligación.

PROBLEMA JURÍDICO

En el presente caso, el objeto de la controversia se reduce a determinar si procede la revocatoria de la sentencia dictada el 28 de marzo de 2022 por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Oralidad de Barranquilla, al declarar no probadas las excepciones de mérito formuladas por las demandadas.

ANÁLISIS DEL DESPACHO

La responsabilidad contractual es la que proviene de la violación de un contrato, dada la autonomía de la voluntad de los sujetos contractuales, que se comprometen en ejecutar una serie de obligaciones cuyo incumplimiento origina responsabilidad para el incumplido.

El artículo 1495 del Código Civil define el contrato o convención, como un acto por medio del cual un individuo se obliga para con otro a dar, hacer o no hacer una cosa. Estos pueden ser unilaterales, si solo se obliga uno de los contratantes, y bilaterales, cuando las partes se comprometen entre sí.

De hecho, una vez celebrado un contrato es ley para las partes y sólo puede ser invalidado por su consentimiento mutuo o por causas legales.

El asunto que acá nos ocupa trata de un contrato de seguro, definido como un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva (art. 1036 C. Co.) en que intervienen como partes el asegurador, persona jurídica que asume los riesgos (art. 1037, ord. 1°) y el tomador que, obrando por cuenta propia o por cuenta de un tercero, traslada los riesgos (arts. 1037 ord. 2° y 1039), cuyos elementos esenciales son (art. 1054), la prima, cuyo pago se impone a cargo del tomador (art. 1066) y la obligación condicional del asegurador que se transforma en real con el siniestro (art. 1072) y cuya solución debe aquel efectuar dentro del plazo legal (art. 1080).

Se tiene que el **seguro de vida grupo deudores** es definido por la Superintendencia Financiera, en el capítulo segundo del título VI de la Circular Básica Jurídica 07 de 1996, como un contrato “cuyo objeto es la protección contra los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente a los deudores de un mismo acreedor, adquiriendo éste, en todos los casos, la calidad de tomador”.



En la misma Circular, define algunos de los sujetos intervinientes en dicho contrato, de la siguiente manera:

Tomador: El tomador del seguro de vida grupo, en las pólizas de deudores, será el acreedor. En el caso que nos ocupa, la institución bancaria que otorga el crédito.

Asegurado: El deudor de la entidad bancaria, quien se constituye como asegurado principal. En este tipo de pólizas, además del asegurado principal, podrán asegurarse, por voluntad de las partes, los codeudores, por la misma suma asegurada y con los amparos con los cuales cuente el asegurado principal. Pero el tomador sólo podrá exigir el seguro para el asegurado principal.

Beneficiario: Así mismo, el beneficiario en estos seguros será el tomador, hasta por el saldo insoluto de la deuda.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 30 de junio de 2011, resalta: "(I) que su celebración no es obligatoria ni constituye un requisito indispensable para acceder a un crédito; (II) es usual dentro de este seguro, que el deudor-asegurado se adhiera a las condiciones que propone el acreedor (entidad bancaria), **la cual deberá brindarle la debida información en torno a las condiciones acordadas en dicho contrato;** (III) los riesgos asegurados a través de este seguro son la muerte o incapacidad permanente del deudor; (IV) el interés asegurable se encuentra en cabeza del deudor, mientras que el acreedor puede tener un interés eventual e indirecto en el seguro; y (V) el valor asegurado es pactado por las partes, con la única limitación de que la indemnización a favor del acreedor.

De acuerdo con el artículo 1083 del Código de Comercio, el interés asegurable es el que tiene "toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la realización de un riesgo".

En el presente asunto, la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. objetó la reclamación al pago de la obligación número 00130158629611031103 adquirida con el BANCO BBVA por la señora Claudia Patricia Archila De La Hoz, argumentando que al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida deudores el día 03 de Agosto de 2017, omitió antes de firmar el contrato, declarar las patologías que padecía de Vértigos Periféricos diagnosticado el 04 de diciembre de 2010, Lumbago diagnosticado el 02 de julio de 2011, Disfonía diagnosticada desde el 19 de noviembre de 2013, Mareo y Desvanecimiento diagnosticado el 26 de febrero de .2016, y el 25 de abril del 2016 antecedentes de Nódulos en cuerdas Bucles, a lo cual estaba obligada hacerlo en virtud del artículo 1158 del Código de Comercio, objetando el pago del seguro por reticencia la entidad aseguradora.

En relación con la reticencia y la inexactitud, la Corte Constitucional en Sentencia T-222 de 2014 manifestó:

"La reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El



primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia...”

Entendiéndose lo anterior, que el deudor está en desventaja ante el banco y la aseguradora, por lo que el deber de tomar la información por parte de éstas debe ser más estricto, por lo tanto, no es admisible que se niegue el pago de la prestación por cualquier error en la información aportada por el usuario.

Mediante Sentencia T-832 de 2010, la Corte estableció unas reglas muy importantes en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguro señalando en primer lugar, que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y, en segundo lugar, que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirles un comportamiento diferente a los asegurados.

Así mismo, la Corte en esa providencia dijo que “en el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que, ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”.

De acuerdo con lo indicado por esa Corporación quienes deben probar la preexistencia son las aseguradoras y que actúan negligentemente si no realizan exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado.

Como bien es sabido, las partes que integran el contrato de seguros según lo regulado en el art.1037 del Código de Comercio, son el tomador, que es la persona que ya sea natural o jurídica que contrata el seguro, ya sea por cuenta propia, o por cuenta ajena, y la entidad aseguradora, en la cual recae la obligación de amparar el riesgo. Adicionalmente, está el asegurado que es el titular del riesgo asegurado, y por último el beneficiario (art.1040 C.Co), que es la persona designada para recibir la indemnización de la aseguradora en el caso de que se produzca el riesgo asegurado. Y en el caso que nos ocupa, es de recalcar, y no es materia de discusión que, en el contrato de seguro de deudores, reclamado por la demandante, la compañía BBVA COLOMBIA S.A, actuó como tomadora y beneficiaria del seguro, mientras la señora CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, figura como asegurado, y la compañía BBVA SEGUROS, como garante del riesgo contratado.

Estable el artículo 1058 “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. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.



Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente."

De lo anterior se tiene, que, si bien es cierto que existe un deber para el tomador del seguro, dicho deber se torna recíproco toda vez que, si la aseguradora conoció o debió conocer los hechos que generan la reticencia o inexactitud no podrá declararse la nulidad.

En la sentencia T-282 de 2016 la Corte dijo:

"En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador (...)."

"22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la "reticencia", deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.

"El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito 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.

23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición».

En el presente asunto, lo argumentado por la aseguradora demandada se basa en el hecho de que la asegurada CLAUDIA PATRICIA ARCHILA DE LA HOZ, al momento de diligenciar su declaración de



asegurabilidad, mintió al decir que no padecía ninguna enfermedad como VÉRTIGOS PERIFÉRICOS, LUMBAGO, DISFONÍA, MAREO, DESVANECIMIENTO y NÓDULOS EN CUERDAS BUCALES.

Resulta claro que BBVA Seguros de Vida Colombia tenía la obligación de acreditar: i) El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro, y ii) La mala fe del causante al celebrar dicho negocio jurídico.

La aseguradora no demostró el nexo causal entre las preexistencias no informadas por el demandante y la condición médica que dio origen al siniestro, y además tenía que demostrar la mala fe; los argumentos en torno a que se declare la excepción de nulidad por reticencia o inexactitud, no logran desvirtuar los fundamentos esgrimidos en la sentencia de primera instancia, por lo que no será revocada.

Con relación a la inexistencia de obligación de reconocer intereses moratorios a favor de la parte demandante, la demandada BBVA SEGUROS COLOMBIA DE VIDA S.A., indica que no tiene la obligación de hacer ese pago que establece el art. 1080 del C. de Co., porque el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado en la póliza es el saldo insoluto al momento del siniestro.

El artículo 1080 del Código de Comercio dispone: “El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad...”

La intención del legislador en instituir los intereses moratorios es fomentar a que las compañías de seguros realicen el pago de las indemnización de manera directa para evitar acudir a la jurisdicción para la exigibilidad del resarcimiento de los perjuicios ocasionados y someter a la justicia y a la parte activa del proceso a extensos litigios donde la sentencia sería favorable ordenando el pago del valor que desde la reclamación debían pagar.

La finalidad de dicho artículo no se reduce al simple resarcimiento al asegurado o beneficiario por el retardo en el pago de la indemnización, pues de ser así, al legislador le hubiera bastado con reconocer el pago de intereses moratorios comerciales. Por el contrario, al ordenar esa norma el pago de un interés moratorio igual al bancario corriente “aumentado en la mitad”, se impuso una sanción legal cuya finalidad es que el asegurador cumpla rápidamente con su obligación de pagar la indemnización, sin que le sea permitido esgrimir excusas justificadas.

La Corte señaló que “...a la luz de los principios generales relativos al retardo en el cumplimiento de las obligaciones, principios en los que claramente se sustenta el precepto contenido en el Art. 1080 del C de Co., desde el momento en que de acuerdo con este precepto ha de entenderse que comienza la mora del asegurador, es decir desde el día en que la deuda a su cargo es líquida y exigible, o mejor, lo habría sido racionalmente si no hubiere diferido sin motivo legítimo la liquidación de la indemnización y el consiguiente pago, dicho asegurador, además de realizar la prestación asegurada, está obligado al resarcimiento de los daños...” (sent. cas. civ. sustitutiva de 12 de agosto de 1998, Exp. No. 4894)



En el presente asunto, tenemos que la compañía aseguradora objetó la reclamación realizada por el demandante argumentado reticencia, en el presente proceso los argumentos expuestos por la aseguradora no fueron suficientes para acceder a las excepciones propuestas, ya que no demostró que la demandante haya actuado de mala fe, por lo tanto, habrá lugar al pago de intereses moratorios.

Con respecto a la falta de legitimación en la causa por activa alegada por el BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", tenemos, que la parte demandante está facultada para iniciar la presente acción, toda vez que acudió a la justicia ordinaria por la negativa de la aseguradora demandada de reconocer el pago del crédito asegurado en favor del BANCO BBVA, lo cual la conllevó a pagar las cuotas pagadas en el crédito N° 00130158629611031103, amparado con la PÓLIZA VIDA DEUDOR NO. 026300110236201589611031103, situación que le ocasionó a la actora un detrimento en su patrimonio, por lo tanto las pretensiones no tienen como fundamento la condición de beneficiario, sino de asegurada.

Por último, se habrá de abordar lo relativo a que no se debió condenar en costas y agencias en derecho a la demandada BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA" porque no fue declarado civilmente responsable, por no haber tenido injerencia alguna en la decisión.

Las costas procesales son aquella erogación económica que debe asumir la parte que resulte vencida en un proceso judicial, que se compone de las expensas y las agencias en derecho. Las primeras son los gastos necesarios para tramitar el proceso, como son, entre otros, publicaciones, copias, honorarios de auxiliares de la justicia. Las segundas, agencias en derecho, corresponden a la suma que el juez fija a la parte beneficiada con la condena en costas.

El artículo 365 del C.G.P. dispone: "Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos previstos en este código. Además, se condenará en costas a quien se le resuelva de manera desfavorable un incidente, la formulación de excepciones previas, una solicitud de nulidad o de amparo de pobreza, sin perjuicio de lo dispuesto en relación con la temeridad o mala fe..."

Como se puede ver, la condena en costas es una figura del derecho procesal que busca sancionar a la parte que resulta vencida, en un proceso, incidente o recurso, donde el juez teniendo en cuenta la conducta asumida por las partes, podrá condenar en costas a la vencida en el proceso, incidente o recurso.

La condena en costas es el resultado de la derrota en el proceso o recurso que se haya propuesto según el artículo 365, y la entidad demandada BANCO BBVA COLOMBIA, si bien es cierto que no fue declarada civilmente responsable, se opuso a la demanda y le fueron despachadas desfavorablemente las excepciones de mérito que formuló.

Así las cosas, de lo antes expuesto, este despacho considera ajustada a derecho la sentencia recurrida.



En consecuencia, se condenará en costas a las demandadas en esta instancia, fijándose a cada una como agencias en derecho a favor de la demandante, la suma de quinientos mil pesos m.l. (\$500.000.00).

En mérito a lo expuesto, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Barranquilla, administrando justicia, en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR, la sentencia apelada de fecha 28 de marzo de 2022 por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Oralidad de Barranquilla, por las razones dadas en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas en esta segunda instancia a las demandadas, fijándoles a cada una como agencias en derecho, a favor de la demandante, la suma de quinientos mil pesos m.l. (\$500.000.00), las que serán incluidas en la liquidación de costas.

TERCERO: DEVUELVA, el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE. -

EL JUEZ,

LUIS GUILLERMO BOLAÑO SANCHEZ

Firmado Por:
Luis Guillermo Bolano Sanchez
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 002
Barranquilla - Atlantico

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: **604767c989adb85d70cf4fb049f6a5fd1e759de127a5fdd82dfe64a8b3f5381f**

Documento generado en 11/05/2023 11:30:04 AM

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CIRCULAR EXTERNA 050 DE 2015

(Diciembre 28)

Señores

REPRESENTANTES LEGALES, JUNTAS DIRECTIVAS Y REVISORES FISCALES DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS Y DE LOS CORREDORES DE SEGUROS

Referencia: Instrucciones sobre los requisitos de idoneidad para la intermediación de seguros, el deber de información frente a los consumidores de seguros y el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros.

Apreciados señores:

Con el fin de alinear el marco jurídico colombiano a los estándares internacionales en la materia y fortalecer los mecanismos de protección de los consumidores financieros, la Superintendencia Financiera de Colombia considera necesario impartir instrucciones relacionadas con la actividad de intermediación de seguros respecto de: (i) los estándares de idoneidad aplicables a las personas que ejercen la intermediación de seguros, (ii) los requisitos de información destinada a dichos consumidores, (iii) la publicidad y transparencia de las personas autorizadas por las entidades aseguradoras y los corredores de seguros para ejercer la intermediación de seguros y (iv) las medidas de gobierno corporativo asociado a estas materias.

Adicionalmente, esta Superintendencia considera relevante poner a disposición del público un Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros, que proporcione a los consumidores información relevante acerca de las personas que ejercen la intermediación de seguros. Las entidades aseguradoras y los corredores de seguros serán los únicos responsables porque la información ahí publicada sea completa, veraz y actualizada.

Por último, se considera necesario actualizar en la Circular Básica Jurídica (CBJ) el monto del capital mínimo exigido a los corredores de seguros.

Por lo expuesto, esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades, en especial las establecidas en el literal a) del numeral 3 del artículo 326 y el numeral 3 del artículo 206 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el literal c) del artículo 8 y el artículo 9 de la Ley 1328 de 2009 y el numeral 9 del artículo 11.2.1.4.2 del Decreto 2555 de 2010, imparte las siguientes instrucciones:

PRIMERA: Idoneidad para intermediarios de entidades aseguradoras distintos a los corredores de seguros. Adicionar el numeral 7 al Capítulo II, Título IV, Parte II de la CBJ, con el fin de incorporar las instrucciones que deben atender las entidades aseguradoras, relativas a la idoneidad de las personas naturales vinculadas que ejerzan la intermediación de seguros.

SEGUNDA: Idoneidad para personas vinculadas a los corredores de seguros. Adicionar el subnumeral 1.4 al Capítulo III, Título IV, Parte II de la CBJ, mediante el cual se incluyen las instrucciones que deben atender los corredores

de seguros, respecto de los requisitos de idoneidad de las personas naturales vinculadas a éstos, que ejerzan la intermediación de seguros.

TERCERA: Información en sitios web. Adicionar los subnumerales 3.4.3.2.11 y 3.4.12.2 al Capítulo I, Título III, Parte I de la CBJ, relacionados con la información de los intermediarios de seguros que debe ser divulgada en los sitios web de las entidades aseguradoras y de los corredores de seguros, respectivamente.

CUARTA: Deber de información. Adicionar los subnumerales 3.4.3.1 y 3.4.12.3 al Capítulo I, Título III, Parte I de la CBJ, relacionados con la información que las personas que desempeñen la intermediación de seguros deben suministrar al consumidor financiero antes de la celebración de un contrato de seguro.

QUINTA: Sistema de Consulta de Intermediarios de Seguros. Adicionar el numeral 3.4.12.1 al Capítulo I, Título III, Parte I de la CBJ, mediante el cual se imparten instrucciones relacionadas con el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).

SEXTA: Capital mínimo para corredores de seguros. Actualizar el numeral 1.1 del Capítulo III, Título IV, Parte II de la CBJ, relativo al monto del capital mínimo exigido a los corredores de seguros.

SÉPTIMA: Cambio de numeración. Modificar la numeración del subnumeral 3.4.3 del Capítulo I, Título III, Parte I de la CBJ, en atención a las modificaciones efectuadas en esta circular.

OCTAVA: Vigencia. La presente circular rige a partir del 1 de julio de 2017, a excepción de la instrucción Sexta, la cual rige desde su publicación.

NOVENA: Plan de implementación. Con el propósito de garantizar que cada entidad se encuentre adecuadamente preparada, las entidades tendrán 3 meses, contados a partir de publicación de la presente circular, para presentar a esta Superintendencia un plan de implementación en el cual se detalle el cronograma de actividades a desarrollar para el cumplimiento de las instrucciones aquí impartidas.

Asimismo, una vez presentado el plan de implementación, el Superintendente Delegado para Aseguradoras e Intermediarios de Seguros y Reaseguros podrá solicitar ajustes al mismo.

Se anexan las páginas correspondientes.

Cordialmente,

JORGE CASTAÑO GUTIÉRREZ

Superintendente Financiero de Colombia (E)
050000