

Rama Judicial del Poder Público
JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL

Bogotá, D.C., doce (12) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)
11001 4003 001 2024 00492 00

Agotado el trámite propio de esta instancia, se profiere sentencia dentro del proceso verbal adelantado por YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ANTECEDENTES

I. Pretende se haga efectivo el cumplimiento de la póliza n.º 00130316052392345430 de fecha 1 de junio de 2022 que suscribió con la sociedad demandada, como consecuencia, se ordene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. cancelar la suma de CIEN MILLONES DE PESOS M/cte (\$100.000.000), correspondientes al valor asegurado, junto con los intereses moratorios desde la fecha de la reclamación, esto es desde el 22 de febrero de 2023.

Como fundamento de las pretensiones indicó que el día 1º de junio de 2022 adquirió la póliza n.º 00130316052392345430 con la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la cual cubría los amparos vida básica, Incapacidad total y permanente, desmembración e inutilización, por un valor de \$100.000.000.00.

Que la citada póliza fue adquirida y constituida bajo todos los tramite legales de una obligación contractual, puesto venia cumpliendo con sus obligaciones como era el pago de las cuotas pactadas.

Que hizo exigible la póliza como consecuencia de la calificación realizada por Colpensiones mediante dictamen n.º DMI-4800698 con una pérdida de capacidad laboral del 52.34%, por múltiples patologías que actualmente padece.

Que El día 22 de febrero del 2023 presento reclamación solicitando el cumplimiento de la póliza Seguro Vital Integral Premium, así como la póliza de seguros de vida familiar vital red n.º 00130316052532186326, para lo cual adjunto los documentos requeridos por la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., como es historia clínica y el dictamen de pérdida de capacidad.

Luego el 15 de marzo del 2023 BBVA SEGUROS mediante correo electrónico, le comunicó que había sido negado el reconocimiento del pago del valor asegurado en la póliza No. 00130316052392345430, por antecedentes patológicos de DMS (Diabetes Mellitus tipo II) además, de antecedentes médicos de HTA (Hipertensión Arterial) en registro medico de enero 02 de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de Radiculopatía Cervical desde junio 01 de 2021 y síndrome de manguito rotatorio en 2021. diagnósticos que forman parte de las causales de calificación, que no se

indicaron en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida.

La entidad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, solo le concedió el pago de la póliza de Seguros de Vida Familiar Vital Red n.º 00130316052532186326 por valor de \$77'700.878, que fue adquirida en las mismas condiciones legales y cumpliendo con todos los políticos financieros que la póliza n.º 00130316052392345430.

Que no entiende como la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, desconoce el cumplimiento de la póliza Vida Integral Premium V2 n.º 00130316052392345430, cuando sí le reconoció el pago de otra póliza, esto es la n.º 00130316052532186326, desconociendo el principio de igualdad y el proceso ante estos hechos.

Que en la declaración de asegurabilidad otorgó autorización de toda la información que posean sobre su estado de salud y/o epicrisis o historia clínica aun con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados.

Aduce que la entidad demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, pretende desconocer el derecho al debido proceso y a la igualdad en sus procedimientos, colocando una serie de impedimentos y exigencias, con el objeto de no responder por el valor asegurado en la póliza No.00130316052392345430, dejando entre dicho el principio de la buena fe.

Que presento Solicitud de Conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Acordemos por la Paz de la ciudad de Valledupar-Cesar, la cual fue evacuada el pasado 30 de julio del 2023, en a fin de llegar a un acuerdo; la cual finalizo con la constancia de que no hubo animo conciliatorio.

II. Luego de ser presentada la demanda el 22 de abril de 2024, fue admitida 23 de mayo del citado año.

III. Por medio de auto de 6 de junio de 2024 se tuvo a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. notificada por conducta concluyente, en los términos de que trata el artículo 301 del Código General del Proceso (fls.20 y 22), quien contestó la demanda aceptando los hechos referentes a la existencia de la póliza suscrita con el demandante con el diligenciamiento de cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, donde no manifestó preexistencias, así como la reclamación realizada y su objeción por reticencia; aceptando la existencia de la otra póliza de seguro de Vida Familiar Vital Red No. 00130316052532186326 que no es objeto de litigio suscrita para el para el 03 de octubre de 2019, esto es, para una fecha anterior a los padecimientos de salud del demandante que iniciaron para el año 2021, de la cual fue pagada la indemnización.

formulando excepciones de mérito que denomino:

1) Nulidad del Aseguramiento como Consecuencia de la Reticencia del Asegurado Al Momento de la Suscripción de la Póliza de Seguro de Vida Integral n.º 00130316052392345430, 2) Inexistencia de Obligación a Cargo de la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y/o Exigir Exámenes Médicos en la Etapa Precontractual, 3) La Acreditación de la Mala Fe, No es un Requisito de Prueba para Quien Alega la Reticencia del Contrato de Seguro, 4) BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene la Facultad de Retener la Prima a Título de Pena como Consecuencia de la Declaratoria de la Reticencia del Contrato de Seguro, 5) Aplicación de las Condiciones del Contrato de Seguro Materializado en la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium n.º 00130316052392345430, 6) Riesgos Expresamente Excluido en la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium n.º 00130316052392345430, 7) Prescripción de la Acción Derivada del Contrato de Seguro,

Igualmente propuso Excepciones de Merito Subsidiarias (i) En cualquier caso, de Ninguna Forma se Podrá Exceder el Máximo del Valor Asegurado en la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium n.º 00130316052392345430, (ii) ; también Objeta la Estimación Juramentada de valor reclamado en la pretensiones.

Indicando que YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ fue reticente, por cuanto al momento del perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado de riesgo, es decir, que no informo de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, cuyas patologías incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, determinando para la estimación de la pérdida de capacidad laboral alegada. como la “hta (hipertensión arterial); radiculopatía cervical y síndrome de manguito rotatorio”. Diagnósticos que, de haber sido conocidos con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

Que en la declaración de asegurabilidad negó si *“Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular – trombosis). Obesidad. Diabetes Mellitus. HIV Positivo – Sida. Cáncer (tumores malignos, linfomas). Renales. Endocrinas. Metabólicas. Neurológicas, Afecciones Respiratorias. Osteomusculares. Mentales- psiquiátricas. Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano. Trastornos inmunológicos. Congénitas. Adicciones. Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de la solicitud?”*

Que la reticencia del contrato de seguro busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados, frente a los riesgos que estos buscan trasladar, y que, por ello, no puede

atribuírsele un riesgo como compañía, cuando YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ omitió informar en la etapa precontractual sobre sus padecimientos.

Así mismo, que al momento que el asegurado solicitó su aseguramiento, se le entregó un formulario que contenía un cuestionario de preguntas (declaración de asegurabilidad), las cuales se encontraban consignadas en el formulario fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entender y comprender su sentido; sin embargo, en el presente caso, YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ las respondió de manera negativa, aun cuando tenía pleno conocimiento que aquello constituía una falta a la verdad.

Que como Compañía, en su momento indago al señor YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ sobre su condición de salud, donde pregunto si sufre o ha sufrido específicamente de afecciones de Osteomusculares, Hipertensión arterial, a lo que respondió que no, forma omisiva y falto a la verdad a las preguntas consignadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Por lo anterior, quedo plenamente acreditado que el asegurado conocía de la enfermedad que padecía como era la hipertensión, y omitió ponerlo en conocimiento de la compañía al momento de suscribir el formulario de asegurabilidad para el mes de junio de 2022, y que, como consecuencia de ello, los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio.

Además, que con el dictamen de calificación se demuestra fehacientemente que YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ fue diagnosticado con TRASTORNO DE DISCO CERVICAL, SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO, BURSITIS DEL HOMBRO, de manera previa a la suscripción de su declaración de asegurabilidad o sea en el mes de junio del 2022, lo que deja en evidencia la conducta reticente del demandante, y que, por ello, genera nulidad su aseguramiento.

Señala que de configurarse alguna de las exclusiones establecidas en las cláusulas generales de la póliza, no podrá existir reconocimiento como asegurador, por ende, no podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro, pues las partes pactaron expresamente tales exclusiones, en caso de que se evidencie dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubrirá ninguna solicitud de indemnización, las cuales deberán ser negadas.

que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que estas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es este el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Que no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado, el señor Mejía Díaz no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro por su parte, se hubiese retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo.

Debe para la aplicabilidad a las condiciones del amparo respecto de la obligación del asegurado de probar que sufrió una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% que impide en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad, siempre y cuando haya sido calificado por uno de los entes respectivos.

Que respecto a la Póliza de Seguro de Vida Familiar Vital Red No. 00130316052532186326, que no es objeto de litigio en el presente asunto, la misma fue suscrita con YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ para el para el 03 de octubre de 2019, en una fecha anterior a los padecimientos de salud que iniciaron, para el año 2021.

Adicionalmente, la presente demanda fue ejercida en un tiempo mayor de dos (2) años contados a partir de la ocurrencia del hecho, es decir, de la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral; y ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, conforme a lo consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio.

Finalmente, que objeta la estimación de los valores reclamados, por cuanto señala una suma de dinero de manera general y abstracta, sin discriminar claramente cada uno de sus conceptos y sin incluir todos los daños cuya reparación pretende.

IV. Surtido el traslado de las excepciones, la parte demandante indicó que la excepción de nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado, no está llamada a prosperar, por cuanto al momento de suscribir el contrato de seguro, cubrió el evento por incapacidad total y permanente, cuya información se realizó por medio de un ofrecimiento telefónico de una asesora del Banco BBVA; se violó el derecho o carga a la información, teniendo en cuenta que solo firmo y plasmo su huella en los documentos, quedando claro que nunca se le pregunto su estado de salud, como tampoco se le puso en conocimiento el cuestionario de aseguramiento, y mucho menos se le practicaron exámenes médicos, o en su defecto, se le requirió para que adjuntara algún examen para determinar su estado de salud, y que además, la asesora le comunico que ella terminaría de diligenciar los documentos que tan solo firmara y colocara su huella, es decir, que en este caso opero su buena fe, en otras palabras, se le ha

vulnerado el derecho fundamental de la información del consumidor consagrado en la Ley 1328 del 2009.

Que la figura de la reticencia es contraria al principio de la buena fe, aquí ha operado la mala fe de la aseguradora; señala que para que exista reticencia, se debe probar por parte de la aseguradora la mala fe, que sobre dicha figura la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha señalado que la entidad que la alegue la reticencia, debe no solamente demostrar la mala fe, sino que también debe realizar una valoración médico a los asegurados o solicitarle un examen de su estado actual; y que por ello, no se puede perder de vista lo consagrado en el artículo 863 del Código de Comercio, el cual define la buena fe en el periodo precontractual.

Que si bien los contratos de seguro se rigen principalmente por la voluntad de las partes, esta voluntad encuentra limite en la buena fe que debe regir el accionar de quienes los suscriben; sin embargo no entiende porque para unos casos la entidad demandada concedió el pago de la póliza de seguro n.º 00130316052532186326 por valor de \$77.700.878, la cual fue obtenida en las mismas condiciones legales y cumpliendo con todas las políticas financieras de la entidad aseguradora, porque le brindaron la póliza vida integral Premium v2 n.º 00130316052392345430 si debía cumplir con los mismos requisitos, y en este caso, pretende indagar sobre la figura de la reticencia.

Que con relación a la excepción de prescripción no está llamada a prosperar, teniendo en cuenta que la póliza comenzó a tener vigencia desde el 1 de junio del 2022, y el hecho que genero la reclamación del reconocimiento es el dictamen de perdida de calificación laboral emitido por Colpensiones, el cual corresponde al 27 de enero del 2023, y que por ello, deben ser reconocidos los riesgos amparados al demandante por los valores establecidos en la póliza de seguro de vida integral Premium n.º 00130316052392345430 por valor de \$100.000.000.

V. Se fijó fecha para la audiencia de que trata el art. 372 por medio de la providencia de 1º de agosto de 2024 (fls.26 y 27)., para el día 10 de septiembre de 2024, decretadas las pruebas se señalo fecha para la audiencia de instrucción y juzgamiento para el día 22 de octubre de 2024, evacuadas las pruebas respectivas, luego de aportado el dictamen pericial por el extremo demandado y surtido su traslado, al amparo de lo dispuesto en el numeral 2º del artículo 278, como quiera que no existían más pruebas que practicar, por auto de fecha 14 de noviembre de 2024 se corrió traslado a las partes para que presentaran los alegatos de conclusión, término en el cual se pronunciaron las partes.

CONSIDERACIONES

Con relación a los presupuestos procesales, no se hará reparo por cuanto el despacho es competente para conocer la demanda verbal formulada por ser

de menor cuantía y conforme al artículo 28 numeral 1 del CGP, por el domicilio de la demandada, así mismo que las partes son capaces e intervinieron en el proceso mediante apoderados judiciales, y la demanda se encuentra formulada en debida forma respecto a los requisitos de ley, por último no se constata o advierte causal de nulidad que impida proferir la presente sentencia y se cumplen los términos del artículo 121 del CGP.

Conforme a la fijación del litigio, no admite discusión la existencia del contrato de seguro de vida suscrito el 1° de junio del 2022 por el demandante, y la compañía de seguros demandada. El dictamen de pérdida de capacidad laboral de 27 de enero de 2023, en el cual fue valorada la pérdida de capacidad laboral del demandante en un 52.34% de origen común, así como la reclamación del seguro y su objeción. Tampoco se discute la existencia de otra póliza de seguros que suscribieron las mismas partes No 00130316052532186326 que fue cancelada la indemnización por valor de \$77.700.878 y que no es objeto de las pretensiones.

Debe resolverse sobre la pretensión de efectividad de la póliza n.° 00130316052392345430 de fecha 1 de junio de 2022 que suscribió con la sociedad demandada, como consecuencia, se ordene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA cancelar la suma de CIEN MILLONES DE PESOS M/cte (\$100.000.000), correspondientes al valor asegurado, junto con los intereses moratorios desde la fecha de la reclamación, También resolver las excepciones de mérito propuestos por la demandada, conforme a la oposición de la contestación de la demanda sustentada en las excepciones denominadas: “1) *Nulidad del Aseguramiento como Consecuencia de la Reticencia del Asegurado Al Momento de la Suscripción de la Póliza de Seguro de Vida Integral n.° 00130316052392345430*, 2) *Inexistencia de Obligación a Cargo de la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y/o Exigir Exámenes Médicos en la Etapa Precontractual*, 3) *La Acreditación de la Mala Fe, No es un Requisito de Prueba para Quien Alega la Reticencia del Contrato de Seguro*, 4) *BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene la Facultad de Retener la Prima a Título de Pena como Consecuencia de la Declaratoria de la Reticencia del Contrato de Seguro*, 5) *Aplicación de las Condiciones del Contrato de Seguro Materializado en la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium No.00130316052392345430*, 6) *Riesgos Expresamente Excluido en la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium n.° 00130316052392345430*, 7) *Prescripción de la Acción Derivada del Contrato de Seguro*, así como las Excepciones de Merito Subsidiarias (i) *En cualquier caso, de Ninguna Forma se Podrá Exceder el Máximo del Valor Asegurado en la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium n.° 00130316052392345430*; (ii) *también Objeta la Estimación Juramentada de valor reclamado en las pretensiones*”.

Excepciones fundamentadas concretamente en la reticencia del demandante, porque omitió declarar sinceramente el estado de riesgo, es decir, no informo sus padecimientos de salud, presentes o pasados, cuyas patologías incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, determinando para la estimación de la pérdida de capacidad laboral alegada como la “*hta (hipertensión arterial); radiculopatía cervical y síndrome de manguito*

rotatorio". Diagnósticos que, de haber sido conocidos con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas., conforme al formulario que contenía un cuestionario de preguntas (declaración de asegurabilidad), que el demandante respondió de manera negativa. Las exclusiones establecidas en las cláusulas generales de la póliza, la inexistencia de obligación legal de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, ni probar la mala fe del asegurado. Que haya sido calificado por una entidad autorizada conforme indica la póliza, finalmente que la demanda fue ejercida en un tiempo mayor de dos (2) años contados a partir de la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral.

El seguro es un contrato por virtud del cual una persona llamado asegurador 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 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'. (CSJ SC 19 dic. 2008, rad. 2000-00075-01).

El seguro, entonces, se constituye en obligaciones jurídicas desarrolladas en el campo de la voluntad privada, que según el artículo 1036 del Estatuto Mercantil, se caracteriza por ser «*un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva*».

En dicho contrato, intervienen el tomador, el asegurador, el asegurado y el beneficiario, de los cuales los dos primeros, en su condición de *partes contratantes*, asumen las obligaciones derivadas de él; mientras los otros se muestran como interesados en los efectos económicos de dicho pacto.

No obstante, puede ocurrir que las condiciones de tomador y asegurado confluyan en una misma persona, caso en el cual ésta será quien consienta en el negocio y quien, además, sea titular del interés asegurable.

Con relación a la reticencia o inexactitud de la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permiten establecer el estado del riesgo asegurado, que conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro tal y como lo establece el inciso 1 del artículo 1058 Código de Comercio, el cual señala 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 a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro", en concordancia con el artículo 1158 *ibidem*, sin embargo, se debe realizar el análisis si la sola prueba de la

inexactitud de la información es suficiente o se requiere demostrar una información adicional, especialmente que el ente asegurador de haber conocido la información en forma completa, se habría sustraído de celebrar el contrato o lo hubiera ajustado en términos distintos.

Conforme al principio de la buena fe en la celebración de los contratos, tal como lo establece el artículo 871 del Código de Comercio, quien mejor conoce las circunstancias del diagnóstico de salud es el asegurado, y es así como debe prevalecer su declaración de solicitud de seguro y demás documentos requeridos. Sin embargo, la buena fe del tomador o asegurado no conlleva que la aseguradora conforme su posición contractual tenga una actitud desprevenida, puesto que conforme una interpretación del artículo 1158 del mismo código, la aseguradora tiene la obligación de actuar con la debida diligencia y cuidado, a pesar de que se le permita prescindir del examen médico.

No es una carga impositiva de la aseguradora como regla general indagar o estudiar previamente el historial médico de quien va a ser garantizado, cuando la manifestación del declarante en el estado del riesgo no permita presumir un mal estado de salud; pero, cuando no se indican rasgos de síntomas que a la postre excluyan las condiciones de asegurabilidad, sí se impone tal carga en cabeza del asegurador al desequilibrar la buena fe contractual propia del contrato de seguro, agotando la diligencia que le es propia, debido a su posición dominante y ejercicio profesional de la actividad; momento en el cual puede colegirse que *“conocía, o podía conocer los hechos quedan lugar a la presencia de la reticencia”* (Corte Constitucional T-609/16).

Sobre ello la Corte Suprema de Justicia ha señalado que *“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”* (sentencia 26 de abril de 2007, expediente 01528) mediante *“indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos”* (sentencia del 2 de agosto de 2001, expediente 06146), entiéndase claro está, cuando: i.) el asegurador conoce el estado del riesgo previamente y lo tolera, o ii.) cuando manifestada alguna preexistencia de salud en la declaración del estado del riesgo no ausculta sobre ella, y iii.) cuando no se diligencia formulario de declaración de estado del riesgo.

Es decir, que el estado de salud de quien figura como asegurado, tiene una obligación de doble vía, correspondiéndole tanto al asegurado aplicando el principio de la buena fe contractual, quien conoce de primera mano el tratamiento médico que se le ha practicado y el diagnóstico respectivo, pero, también le correspondería a la aseguradora verificar, validar o indagar los padecimientos pertinentes si le son puestos en contexto. Entonces dada la interpretación al artículo 1058 del Código de Comercio, respecto a la conducta activa de la aseguradora, es sobre ella que recae la posibilidad de retraerse de la celebración del contrato o pactar un clausulado diferente si tuvo conocimiento previo del estado de salud, conforme su posición

dominante pues es ella quien puede proponer el formulario o como ya se dijo, investigar las circunstancias pertinentes si hay lugar a ello.

En todo caso la afectación por reticencia al contrato de seguro no es otra que la nulidad relativa.

En el presente asunto no admite discusión la existencia de la póliza de seguro vida de grupo deudor con número n.º 00130316052392345430, expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA adquirida como tomador y asegurado el demandante YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ. Así mismo, el demandante fue notificado por parte de Colpensiones del dictamen n.º DMI-4800698 de pérdida de capacidad laboral con un porcentaje del 52.34%, por múltiples patologías.

De la historia clínica se indica como antecedentes: *“Paciente de 38 años de edad, labora en Drummond con cargo de tornero, labora de hace 10 años, paciente con cuadro clínico de hace 3 años con dolor en región cervical y dolor en hombro derecho el cual es valorado por ortopedista que le ordena mm de hombro derecho que le diagnóstico síndrome de manguito rotador derecho, le ordena tratamiento médico, además, es valorado por neurocirujano el cual le ordena mm de columnacervical que le diagnostica trastornos de disco cervical, el cual se le solicita exámenes se apertura caso para calificación de origen. Paciente con diagnóstico de síndrome de manguito rotador derechos + trastorno de disco cervical con radiculopatía bursitis de hombro derecho se apertura caso para calificación de origen.”*, documentación (historia clínica) aportada al expediente.

Se encuentra acreditada la reclamación realizada a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el día 22 de febrero del 2023, y la respuesta del 15 de marzo del 2023, donde mediante correo electrónico le comunican: *“Que le ha sido negado el reconocimiento del pago del valor asegurado en la póliza No. 00130316052392345430, por antecedentes patológicos de DMS (Diabetes Mellitus tipo II) además, de antecedentes médicos de HTA (Hipertensión Arterial) en registro médico de enero 02 de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de Radiculopatía Cervical desde junio 01 de 2021 y síndrome de manguito rotatorio en 2021. diagnósticos que forman parte de las causales de calificación, que no se declararon en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida.”*

La otra póliza de seguros de vida familiar vital red n.º 00130316052532186326, obrando en calidad de tomador, beneficiario y asegurado, el demandante YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ, y teniendo la calidad de aseguradora el BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Como hechos relevantes, debe tenerse en cuenta que la póliza objeto de la demanda, tenía una vigencia desde el 1 de junio de 2022, con declaración de asegurabilidad, reclamación presentada el 22 de febrero de 2023 (fl.2 pg.21), y que el día 20 de octubre de 2022 fue notificado el demandante del dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral con un 52.34% (archivo 9 folios 1 y 2) con diagnóstico por antecedentes patológicos de DMS (Diabetes

Mellitus tipo II), además, de antecedentes médicos de HTA (Hipertensión Arterial) en registro medico de 2 de enero de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de radiculopatía cervical desde 1 de junio de 2021 y síndrome de manguito rotatorio en el año 2021; cuyos diagnósticos forman parte de las causales de calificación, y que no se informaron en la declaración juramentada de asegurabilidad que diligenció y suscribió YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ para tomar el seguro de vida.

El 22 de febrero del 2023 radicó reclamación por el siniestro siendo respondida por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA el 15 de marzo del 2023, aduciendo exclusión por la existencia de una reticencia que conlleva la nulidad del contrato.

Así conforme lo pretendido, que dentro de la vigencia del seguro se presentó un siniestro, además, que si se encuentra amparado por una cobertura de enfermedad grave; sin embargo, se debe analizar la existencia de una reticencia o de la causal de exclusión que consideró la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la cual la liberó de toda obligación, conforme la comunicación de fecha 15 de marzo de 2023.

En las condiciones generales de la póliza se indica como exclusiones RESPECTO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, Para ENFERMEDADES GRAVES, SIEMPRE QUE HAYA TRANSCURRIDO UN PERIODO DE NOVENTA (90) DÍAS COMUNES DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA, “ excluyendo el amparo cuando LA ENFERMEDAD HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ELLA ANTES DEL INICIO DE LA COBERTURA.

En la información que llenó el asegurado YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ, especialmente declaró que NO *“Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular – trombosis). Obesidad. Diabetes Mellitus. HIV Positivo – Sida. Cáncer (tumores malignos, linfomas). Renales. Endocrinas. Metabólicas. Neurológicas, Afecciones Respiratorias. Osteomusculares. Mentales-psiquiátricas. Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano. Trastornos inmunológicos. Congénitas. Adicciones. Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de la solicitud?”*

Formulario que no fue desconocido y proviene de la demandada, del cual no se constata que se haga manifestación precisa de alguna enfermedad, o antecedente clínico que variara o impusiera como carga a la aseguradora sobre la póliza Seguro Vital Integral Premium, ni de la otra póliza de seguros de vida familiar vital red n.º 00130316052532186326, de donde se pudiese verificar por cualquier otro medio, el verdadero estado de salud de YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ para el momento que suscribió la póliza 345430.

Para el caso concreto, se evidencia que la reticencia alegada se basó en los antecedentes médicos mediante los cuales el asegurado aquí demandante fue diagnosticado de HTA (Hipertensión Arterial) en registro medico de enero

2 de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de Radiculopatía Cervical desde el 1 junio de 2021, y síndrome de manguito rotatorio en el año 2021.

Aunque dicho diagnóstico lo ha presentado tiempo atrás de haber sido adquirida la póliza Seguro Vital Integral Premium, y la póliza de seguros de vida familiar vital red n.º 00130316052532186326, la cual tenía fecha de vigencia desde el 1 de junio de 2022; es decir, casi un año posterior a la declaración ocurrida el 1 de junio del 2021, lo cierto es, que se omitió tal declaración de asegurabilidad previa, que no le impide a la aseguradora demandada pretender aplicar una reticencia que con el mínimo cuidado se hubiera verificado, pues es un diagnóstico que tenía de tiempo atrás, cuya inexactitud influyó en el consentimiento; pues esos antecedentes afectarían la declaración de asegurabilidad y la póliza misma.

Por lo expuesto, se demostró que el diagnóstico o la inexactitud de la información no fue puesta en contexto de la aseguradora, lo que conlleva a que no pudo retraerse en la celebración del contrato o modificar sus condiciones, por lo cual se acredita la mala fe del aquí demandante, pues no puede pretender que la aseguradora hubiera conocido de la condición permanente con la que contaba, quien en el mismo formato si bien autorizó para que se solicite información de carácter médico para verificar la veracidad de lo que afirmó, lo cierto es que no preciso algún antecedente médico o de salud que agravara el estado del riesgo.

En conclusión, opera la reticencia como lo invocó la aseguradora, e impide la afectación del seguro respectivo.

Aclarando que el riesgo asegurado inició antes de la expedición del certificado de la póliza, pues por la progresiva modificación de las condiciones del diagnóstico, el cual venía presentando de tiempo atrás, y fue en vigencia del contrato cuando la calificación de pérdida de capacidad laboral se realizó el 20 de octubre de 2022 fecha en que le fue notificada el dictamen pericial, el cual le impedía el normal cumplimiento de sus obligaciones cotidianas o laborales, se dictaminó en vigencia del seguro, con concepto desfavorable de rehabilitación.

Respecto al dictamen de calificación de pérdida de capacidad, realizada al demandante con fecha 27 de enero de 2023 por parte de Colpensiones, se constató el diagnóstico del demandante consistente por antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus tipo II, además, de antecedentes médicos de Hipertensión Arterial en registro médico de enero 02 de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de Radiculopatía Cervical y síndrome de manguito rotatorio en el año 2021, lo que pone en evidencia que era de conocimiento del demandante los padecimientos que tenía al momento de adquirir la póliza puesto que ya le habían sido reconocidos, sin embargo, absteniéndose de informar o declarar lo anterior.

Del dictamen de la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional de

del 19 de octubre de 2022, se recordó que la EPS SALUD TOTAL le había diagnosticado las patologías consistentes en el síndrome de manguito rotador derecho y bursitis del hombro derecho el 24 de septiembre de 2021, como enfermedad de origen laboral, respecto a lo que la Administradora de Riesgos Laborales BOLIVAR no estuvo de acuerdo, así que luego de hacerse el pago de los honorarios respectivos y acreditarse el 29 de abril de 2022, el caso fue enviado a la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE MAGDALENA el 25 de junio de 2022, mediante dictamen n.º 18974865 – 1657 de 26 de julio de 2022, se fundamentó que, el paciente manifestaba padecer del síndrome de manguito rotatorio derecho y bursitis del hombro derecho desde hace 3 años.

Así mismo, se resaltó que para el 24 de mayo de 2021 se había establecido que el paciente padecía de dolor a nivel de cuello y hombro derecho desde hace 2 años, que generó la lesión del mango rotador derecho, tendinitis y bursitis del hombro derecho, además, que padecía de dolor cervical periódico desde 2019, relacionado con el accidente laboral en 2013, el cual se acentuó desde inicios de 2021 por lo que se le propuso practicarse la cirugía de discectomía cervical; inclusive que tenía como antecedente hipertensión arterial, herniorrafia inguinal derecho para mayo de 2021.

Con lo anterior, evidenciándose que el demandante conocía dichas preexistencias con anterioridad a celebrar el contrato de póliza de seguro de 1 de junio de 2022, no obstante, se abstuvo de hacerle saber a la aseguradora tanto las patologías que lo aquejaban desde hace 2 años, por las que se encontraba en tratamiento médico por parte de la EPS a la que se encontraba afiliado, como también las calificaciones de pérdida de capacidad laboral que se encontraban en curso, donde se tenía como finalidad determinar el grado de afectación que las enfermedades atrás mencionadas le limitaban sus distintas capacidades, así las cosas, siendo prudente colegir que habría justificación para que el extremo demandado negara el reconocimiento del pago de la póliza reclamada, alegando al actor la reticencia, pues de haber conocido las circunstancias que aquejaban al tomador del seguro hubieran podido analizar de manera distinto el riesgo asegurable y así proponer condiciones más onerosas que permitieran sufragar el riesgo, adicional, a que habría que atenderse como una situación predecible de hacer uso de la póliza.

En el interrogatorio de parte al demandante, preciso la existencia de las dos pólizas, que le ofrecieron y que suscribió, donde firmó el formulario con un lapso de 7 meses entre las dos pólizas de vida, trabajaba con Drumon desde 2011 hasta principios 2023, y que por pérdida capacidad laboral es pensionado de Colpensiones.

De otro lado, en punto a resolver la tacha propuesta contra el testimonio de KATHERINE CARDENAS, ha de decirse que la misma, conforme las voces del artículo 211 del C.G.P., la tacha de un testigo procede cuando confluyan circunstancias que afecten su imparcialidad y credibilidad, lo que se da por parentesco, dependencia, sentimientos o interés en las resultas del proceso y que se observe en su declaración ánimo de beneficiar o perjudicar a una de

las partes, lo que afecte la espontaneidad de su declaración. En este caso, es claro que la testigo mencionada tiene grado de dependencia con la sociedad demandada como empleador, más sin embargo sus dichos no se observan contrarios a la verdad, pues relata con sinceridad y espontaneidad lo que pudo percibir desde su actividad técnica de la forma en que de manera general se otorgan los seguros de personas individuales., sin conocer los hechos materia del proceso sobre los cuales pretenda favorecer o afectar a las partes, sino que relata lo estrictamente técnico derivado de su cargo con la aseguradora demandada.

Sin embargo, no da cuenta de la reticencia pues la discusión en el presente asunto, es la carga que recae en las partes conforme la relación contractual del seguro; no obstante, señaló que en algunas ocasiones se le lee el formato y en otro se le entrega al cliente, que no puede dar cuenta si los clientes quedan con la claridad respectiva de lo contenido en el documento; que la declaración de asegurabilidad es requisito al ser un seguro obligatorio, pues si no toma el seguro se deben enviar a un examen médico para efectos de pactar una extra prima.

La aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A afirma que suscribió los contratos de seguro mediante la póliza Vida Integral Premium V2 n.º 00130316052392345430, y la póliza n.º 00130316052532186326, esta última fue reconocida y pagada, ambos contratos de seguro fueron suscritos con YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ; asimismo, que frente a la reclamación que éste hizo el 22 de febrero del 2023, se procedió a revisar su historia clínica, pudiéndose verificar que antes de la celebración de los contratos había sido diagnosticado de “*antecedentes patológicos de DMS (Diabetes Mellitus tipo II) además, de antecedentes médicos de HTA (Hipertensión Arterial) en registro medico de enero 02 de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de Radiculopatía Cervical desde junio 01 de 2021 y síndrome de manguito rotatorio en 2021*”; es decir, el asegurado no puso de presente o informó a la aseguradora sobre sus problemas de salud que venía padeciendo, y que de haberlo sabido, no hubiera contratado o lo hubiera hecho en otras condiciones. Por tanto, considera que la reticencia generó nulidad relativa de dichos seguros y, por ende, tiene derecho a retener las primas devengadas.

-La Solicitud de certificado individual póliza de seguro Vida Integral Premium V2 n.º 00130316052392345430, obrando como asegurado YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ, con amparos básicos de vida e incapacidad total y permanente, desmembración e inutilización por un valor de \$100.000.000, cada uno, en la que se consignó como declaración de asegurabilidad de este, lo siguiente:

-Póliza de seguro Vida Integral Premium V2 n.º 00130316052392345430 obrando como asegurado YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ, con amparos básicos de vida e incapacidad total y permanente, desmembración e inutilización por un valor de \$100.000.000.

Condiciones generales y particulares de la póliza de seguro de vida grupo plan familia Condiciones generales y particulares de la Póliza de seguro Vida Integral Premium V2 n.º 00130316052392345430, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A que, en lo pertinente, consignó: Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente tu estado de salud, así como todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, independientemente de que BBVA SEGUROS decida o no practicar exámenes médicos. Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a BBVA SEGUROS a no asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, no habrá lugar al pago de indemnización alguna.

-Escrito que contiene la solicitud de reclamación que se formuló ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A el pasado 22 de febrero del 2023.

-Respuesta de la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. sobre la reclamación de la indemnización que formulo YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ el día 15 de marzo del 2023.

- Historia Clínica del 28 de junio de 2024, expedida por Salud Total, donde se evidencia la existencia de *“antecedentes patológicos de DMS (Diabetes Mellitus tipo II) además, de antecedentes médicos de HTA (Hipertensión Arterial) en registro medico de enero 02 de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de Radiculopatía Cervical desde junio 01 de 2021 y síndrome de manguito rotatorio en 2021, referido en precedencia y su posterior tratamiento.*

Confrontadas las pruebas documentales antes referidas y la declaración de asegurabilidad de la póliza allegada, con las disposiciones legales y la jurisprudencia aquí citada, se llega a la conclusión que sí se configuró la alteración que la aseguradora demandada invoca en contra del demandante YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ, esto es, la reticencia que da lugar a la nulidad relativa en la forma prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Lo anterior, toda vez que se demostró que, en efecto, el asegurado YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ manifestó en su declaración de asegurabilidad, que su estado de salud para el momento de la suscripción de la solicitud del seguro, era normal, no padecía ni había padecido enfermedades que recayeran sobre sus sistemas orgánicos, o lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afectaran su salud; sin embargo, su historia clínica refleja lo contrario, esto es, que padecía de *“antecedentes patológicos de DMS (Diabetes Mellitus tipo II) además, de antecedentes médicos de HTA (Hipertensión Arterial) en registro medico de enero 02 de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de Radiculopatía Cervical desde junio 01 de 2021 y síndrome de manguito rotatorio en 2021”*, por la que tuvo que recibir medicación y tratamientos; eventos que al estar consignados en dicha historia clínica ponen en evidencia que eran de su conocimiento, sin que aparezca prueba que desvirtúe lo anterior.

En ese orden, es claro que la compañía aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de haber conocido este evento se hubiera abstenido de contratar o, al menos, en la forma en que lo hizo, como así lo expuso de manifiesto en la contestación de la demanda, afectando de nulidad relativa un contrato de seguro contenido en la Póliza de seguro Vida Integral Premium V2 n.º 00130316052392345430, por reticencia, esto es, por haber faltado a la verdad en la declaración de asegurabilidad,

En lo referente a la póliza de seguro n.º 00130316052532186326, respecto de la cual ya le había sido reconocida la indemnización., no implica que también deba reconocerse el pago de la póliza 00130316052392345430, por tratarse de contratos o vínculos jurídicos diferentes, de los cuales la responsabilidad de uno u otro, implique hacer uso de postulados de igualdad, dado que las obligaciones derivadas su ejecución y cumplimiento se rigen independientemente.

El dictamen pericial allegado por la parte demandante, concluye desde el punto de vista médico, luego de verificar los antecedentes del demandante, que hubiera considerado como riesgo no asegurable, o que la aseguradora BBVA Seguros, hubiese requerido la realización de exámenes o la solicitud de la historia clínica, la valoración de dichos resultados por parte de un médico calificador.

Ahora con relación a las excepciones propuestas por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se resuelven así:

la excepción de mérito propuesta por la pasiva, que denominó como “*Nulidad del Aseguramiento como Consecuencia de la Reticencia del Asegurado Al Momento de la Suscripción de la Póliza de Seguro de Vida Integral n.º 00130316052392345430*”

Tanto el ordenamiento civil como el comercial han establecido reglas específicas respecto de la nulidad, distinguiendo entre nulidad absoluta y nulidad relativa, definiendo los eventos en que puede declararse cada una de ellas.

En ese orden, tenemos que la nulidad absoluta se configura en aquellos casos en los que el acto es celebrado por una persona absolutamente incapaz, se encuentra afectado por causa u objeto ilícito o contraría una norma imperativa (artículos 1741 del Código Civil y 899 del Código de Comercio). Por su parte, la nulidad relativa se presenta en aquellos casos en los cuales el acto se celebra por una persona relativamente incapaz o se presenta alguno de los vicios del consentimiento (el error, la fuerza o el dolo).

En el contrato de seguro, como acontece con los otros tipos de contratos, se pueden generar estos dos tipos de nulidades, la absoluta y la relativa, por las causas ya referidas, sólo que, en el primero de los eventos la nulidad puede ser declarada de oficio, mientras que, en la nulidad relativa, el acto o contrato solo puede ser anulado por sentencia judicial a petición de la parte perjudicada.

En efecto, tratándose de nulidad relativa, que es la que interesa, se ha previsto que únicamente puede declararse por el requerimiento de la persona en cuyo interés se hubiere reconocido, sus herederos o cesionarios, como así se desprende de los artículos 1743 C.C. y 900 C. Co., de tal forma que, en línea de principio, la legitimación para interponer la nulidad relativa solo la tiene el contratante a quien la ley ha querido proteger con ésta, sin que sea posible alegarla por la contraparte.

De otra parte, en la nulidad relativa en el contrato de seguro, se presentan específicamente cuatro causales adicionales, esto es: (i) por inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo, determinante de la celebración del contrato o de sus condiciones de onerosidad, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio; (ii) por incumplimiento de garantías coetáneas a la celebración del contrato (Art. 1061 ibídem); (iii) por sobre seguro con intención de fraude [Art.1091 id.); y (iv) por incumplimiento de la carga de notificar oportunamente al asegurador acerca de los seguros coexistentes, de mala fe (Art. 1076 ejusdem).

En el presente asunto YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ, para la primera causa de nulidad relativa citada, conocía su diagnóstico desde el 1 de junio de 2022, tal como se desprende de la historia clínica; sin embargo, al momento de diligenciar y suscribir el formulario prefirió guardar silencio; es decir, que se configura la nulidad relativa del contrato de seguro; Por *(i) inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo, determinante de la celebración del contrato o de sus condiciones de onerosidad, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio*. Prosperando esta excepción de mérito.

Sobre la excepción propuesta que denominó como *“la acreditación de la mala fe, no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro”*

En materia de seguros y de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe manifestar el estado actual de salud del asegurado, so pena de acarrear la nulidad relativa del convenio, por reticencia.

Por vía jurisprudencial se ha afirmado que este es un contrato especial de buena fe, en el que las partes se sujetan al contrato con lealtad y honestidad. En este sentido, en la sentencia T-086 de 2012, la Corte sostuvo que:

“ambas partes en las afirmaciones relacionadas con el riesgo y las condiciones del contrato se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, puesto que ello constituye la base de la contratación. En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro. El asegurador también debe cumplir con el principio de buena fe evitando cláusulas que sean lesivas al asegurado, cumpliendo con la prestación asegurada a la ocurrencia del siniestro y comprometiéndose a declarar la inexactitud al momento en que la conozca y no esperar a la ocurrencia del siniestro para alegarla como una excepción al pago de la indemnización.”

Por consiguiente, la falta de honestidad del tomador y/o asegurador, según corresponda, sobre aspectos de su pleno conocimiento y que, de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la “buena fe” exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.

Por último, resulta pertinente relevar que, en los términos del inciso 2° del artículo 1077 del Código de Comercio, es al asegurador a quien le incumbe probar la existencia del vicio de la declaración del estado del riesgo y su relevancia o incidencia en el proceso de exteriorización de su voluntad, ya que ésta, como ha quedado esclarecido, es un requisito *sine qua non* para la configuración de la nulidad relativa, per se llamada a favorecer a la entidad aseguradora, gracias a sus efectos letales, circunscritos al negocio jurídico asegurador; además, acreditar a cabalidad los supuestos que consagra el mismo artículo 1058, esto es:

“I. Que la declaración es inexacta o reticente. Carga esta que envuelve, de un lado, la prueba de los hechos o circunstancias encubiertos, disfrazados o disimulados por el tomador y, de otro, su disconformidad con la declaración misma; II. Que tales hechos o circunstancias eran conocidos por el tomador en el momento de celebrarse el contrato. (...) El asegurador debe probar en otras palabras, que la declaración fue insincera, mediante la invocación de un hecho positivo: el conocimiento. La prueba de la sinceridad, si pretendiera asignarse al asegurado, supone la de un hecho negativo, el no conocimiento, además indefinido y es, por tanto, inexigible y III. Que, de haberlos conocido, no hubiera celebrado el contrato, esto es, que el riesgo no era técnicamente asegurable o que, de haberlo sido, lo hubiera asumido en condiciones más onerosas para el tomador.”

La excepción de Inexistencia de Obligación a Cargo de la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y/o Exigir Exámenes Médicos en la Etapa Precontractual, En la declaración de asegurabilidad, ante la respuesta negativa a los interrogantes realizados al tomador beneficiario, sobre su estado de salud, no nace la obligación de exigir exámenes médicos en la etapa contractual.

Respecto de la excepción de retención de la prima como pena por efecto de la nulidad por reticencia del contrato de seguro, de un lado no se acredita cual es el valor devengado y que se pretende retener, además, que este derecho solo nace por la debida rescisión del contrato por efecto de la declaración de nulidad relativa, circunstancia que no corresponde pronunciarse en este proceso, por cuanto solo se invocó por vía de excepción y no por vía de acción por reticencia.

Con relación a los Riesgos Expresamente Excluido en la Póliza de Seguro de Vida Integral Premium n.º 00130316052392345430, en las condiciones se establecieron cuales eran las enfermedades que no son objeto de cobertura, sin embargo en el presente asunto se alega la información reticente del estado de salud del asegurado beneficiario.

La excepción propuesta por la pasiva sobre la “*prescripción de la acción derivada del contrato de seguro*”, la cual se sustenta en el paso del tiempo que impide o extingue ejercer el derecho respectivo, basta con precisar que desde el otorgamiento de la póliza el 1 de junio de 2022 hasta la fecha de presentación de la demanda el 22 de abril de 2024, no transcurrieron los dos años para que opere la prescripción ordinaria prevista en el artículo 1081 del Código de Comercio, descontando además el tiempo de la interrupción de la prescripción por efecto del trámite de conciliación extrajudicial, de conformidad con el artículo 56 de la Ley 2220 del 2022, cuyo término transcurrió entre el día siete (7) del mes de junio del año 2023, y la constancia de no acuerdo emitida el día treinta (30) de junio del año 2023., además que la notificación del extremo demandado se surtió dentro del año siguiente conforme al artículo 94 del Código General del Proceso.

Sobre el particular, el artículo 1081 del Código de Comercio señala que “*La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.*”, término que desde la reclamación el 22 de febrero de 2023 y hasta la fecha de la demanda no acaeció.

Frente a lo anterior se despacharan desfavorablemente las pretensiones que en tal sentido se formuló en la demanda y, en tal virtud, declarar probada las excepciones de *Nulidad del Aseguramiento como Consecuencia de la Reticencia del Asegurado Al Momento de la Suscripción de la Póliza de Seguro de Vida Integral n.º 00130316052392345430-*

Conducta procesal de las partes

La parte demandada se opuso a las pretensiones en el término previsto para ello y, compareció a la audiencia prevista en el artículo 372 y 373 del C. G. del P., Por su parte, el demandante describió en tiempo las excepciones formuladas por la demandada, y compareció a la audiencia citada, por lo que, no se advierten indicios.

Alegatos de Conclusión

Respecto a lo invocado por la parte demandante, del conocimiento presunto del estado del riesgo o los vicios de la declaración de la aseguradora y los requisitos expresados por Corte Constitucional en sentencia T-025 del 2024, para que opere la reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, se deben acreditar tres elementos o requisitos esenciales: un elemento subjetivo que es la mala fe, una trascendencia de la preexistencia y el nexo causal entre la preexistencia y el siniestro amparado.

En este caso el demandante sí omitió la declaración sincera de asegurabilidad previa, que impidió a la aseguradora verificar el diagnóstico que tenía de tiempo atrás, cuya inexactitud influyó en el consentimiento; pues los antecedentes médicos afectarían la declaración de asegurabilidad, por lo cual se acredita la mala fe del aquí demandante, sin que pueda pretender que la aseguradora hubiera conocido de la condición permanente

con la que contaba, quien en el mismo formato si bien autorizó para que se solicite información de carácter médico para verificar la veracidad de lo que afirmó, lo cierto es que no preciso algún antecedente médico o de salud que agravara el estado del riesgo. En ese sentido el demandante si tenía conocimiento de su diagnóstico, que omitió informar, diagnosticó que sí es trascendente y tiene un nexo de causalidad con la ocurrencia del siniestro, esto conforme al dictamen de pérdida de capacidad laboral que inició antes del otorgamiento de la póliza, y con el cual dado su porcentaje de incapacidad con un porcentaje del 52.34%, se fundamenta el reclamo del pago del seguro de Vida 00130316052392345430 por amparo básico de incapacidad total y permanente.

Respecto de las Preexistencias, conforme al inciso 4 del artículo 1058 del código de comercio, para que el contrato de seguro no sea nulo, respecto de las estipulaciones expresas de las preexistencias en la póliza, se constata que en las condiciones generales (folio 22, página 56) se indica como exclusiones RESPECTO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, Para ENFERMEDADES GRAVES, SIEMPRE QUE HAYA TRANSCURRIDO UN PERIODO DE NOVENTA (90) DÍAS COMUNES DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA, excluyendo el amparo cuando LA ENFERMEDAD HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ELLA ANTES DEL INICIO DE LA COBERTURA. (folio 22, pagina 60)

Así mismo en lo referente al deber de debida diligencia de la aseguradora, que la posibilita para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato, en la información que llenó el asegurado YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ, (folio 22, pagina 52) declaró a la pregunta con un NO sobre: *“Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular – trombosis). Obesidad. Diabetes Mellitus. HIV Positivo – Sida. Cáncer (tumores malignos, linfomas). Renales. Endocrinas. Metabólicas. Neurológicas, Afecciones Respiratorias. Osteomusculares. Mentales-psiQUIIátricas. Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano. Trastornos inmunológicos. Congénitas. Adicciones. Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de la solicitud?”*; de haber sido la respuesta afirmativa no se puede continuar con el trámite de seguro.

Con relación a lo alegado por el extremo demandado, asiste razón por cuanto el demandante sí padecía con anterioridad al otorgamiento de la póliza de diabetes mellitus insulino-dependiente, trastorno depresivo moderado, hta (hipertensión arterial), trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía, síndrome de manguito rotatorio y bursitis de hombro derecho, las que omitió declarar en estado del riesgo, e indicó como un NO sobre: *“Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como. hipertensión arterial, Diabetes Mellitus. Osteomusculares. Mentales-psiQUIIátricas. y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de la solicitud”*

En conclusión, comoquiera que opero la reticencia invocada por aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se negaran las pretensiones de la demanda.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Primero Civil Municipal de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO. DECLARAR la prosperidad de la excepción de mérito formulada por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. *de Nulidad del Aseguramiento como Consecuencia de la Retención del Asegurado Al Momento de la Suscripción de la Póliza de Seguro de Vida Integral n.º 00130316052392345430*, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. NEGAR las pretensiones de la demanda.

TERCERO: CONDENAR en costas a la parte demandante a favor de la demandada. Líquidense por secretaría, teniendo en cuenta como agencias en derecho la suma de \$1.300.000.00.

Notifíquese y cúmplase,

EDUARDO ANDRÉS CABRALES ALARCÓN
JUEZ

11001 4003 001 2024 00492 00

La anterior providencia se notifica por anotación
en estado de fecha 13 de diciembre de 2024

Firmado Por:

Eduardo Andres Cabrales Alarcon
Juez
Juzgado Municipal
Civil 001
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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

Código de verificación:

7a660f4ea144113cd00a6a44fc44f3f32299930d0
5724e28a2400c4ab3b55bc5

Documento generado en 12/12/2024
06:20:44 AM

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