

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y DOS CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Bogotá, D.C., Catorce (14) de mayo de dos mil veinticinco (2025).

Expediente No. 110014003001-2024-00492-01

Asunto

Se encuentran las presentes diligencias al Despacho para resolver el recurso de apelación interpuesto por el extremo demandante en contra de la sentencia de fecha 12 de diciembre de 2024, proferida por el **Juzgado 01º Civil Municipal de Bogotá**.

Antecedentes

A través del trámite que le correspondió por reparto al **Juzgado 01º Civil Municipal de Bogotá**, el señor **Yomar Enrique Mejía Díaz**, presentó demanda en contra de **BBVA Seguros De Vida Colombia S.A.**, esgrimiendo las siguientes pretensiones:

“1. Que se haga efectivo el cumplimiento de la Póliza No. 00130316052392345430 por valor de CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00) de fecha 01 de junio del 2022, suscritas entre esta entidad y mi poderdante.

2. En consecuencia, de lo anterior, ordenar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., cancele a mi cliente el señor YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ, la suma de CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000)) correspondiente a la Póliza No. 00130316052392345430.

3. Se ordena a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., cancelar a mi poderdante el señor YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ los intereses moratorios causados desde que se presentó la reclamación hasta que se verifique el pago de la Póliza No. 00130316052392345430 por valor de CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00) de fecha 01 de junio del 2022.

4. Como consecuencia de lo anterior, condenar en costas y agencias en derecho a la entidad demandada. 5. Que se me reconozca personería.”.

Las anteriores pretensiones se fundan en razón a la adquisición de la póliza No. 00130316052392345430, el día 01 de junio de 2022, que cubría los amparos vida básico, incapacidad total y permanente, desmembración e inutilización, por un valor de asegurabilidad por la suma de \$100.000.000.oo.

Que una vez calificado con el 52.34% de pérdida de capacidad laboral, el día 22 de febrero de 2023, solicitó a la demandada el cumplimiento del seguro, petición que fue negada el 15 de marzo del mismo año, bajo el incumplimiento del principio de buena fe al momento de declarar su estado real de asegurabilidad, presuntamente por padecer una serie de patologías de manera previa a la suscripción del contrato de seguro.

Llama la atención de la parte actora el hecho de que la parte demandada haya efectuado el pago de otra póliza que se suscribió al mismo tiempo que la alegada en la demanda que nos ocupa y que no existieron los obstáculos normativos invocados en el presente asunto, razón por la cual considera que se está efectuando una indebida interpretación legal.

Actuación Procesal

Mediante providencia del 23 de mayo de 2024, el **Juzgado 01° Civil Municipal de Bogotá**, admitió la demanda de la referencia, ordenando la notificación del extremo demandado en la forma y términos de los artículos 290 a 292 del C.G.P., en concordancia con lo establecido en la ley 2213 de 2022.

Notificada la parte demandada por auto del 04 de julio de 2024 por conducta concluyente, en contestación oportunamente allegada propuso los medios exceptivos denominados:

“(i) NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430; (ii) 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; (iii) LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO; (iv) 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; (v) APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO MATERIALIZADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430; (vi) RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430; (vii) PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO” y como subsidiaria solicitó “EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430”.

En síntesis, las defensas erigidas por la parte demandada se subsumen a que se declare probada la mala fe con la que suscribió el contrato de seguro, atendiendo a las preexistencias médicas de las cuales tenía conocimiento y que no informó, siendo una razón justificada para negar el pago de la póliza en particular amparado en los parámetros normativos del artículo 1058 del Código de Comercio, junto con los múltiples pronunciamientos jurisprudenciales.

La Sentencia Apelada

Mediante fallo de instancia proveído el 12 de diciembre de 2024, el **Juzgado 01º Civil Municipal de Bogotá**, dirimió la instancia declarando probada la excepción de *“NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430”*, por haber encontrado mala fe en la conducta desplegada por el demandante, al no haber informado la condición de salud permanente con la que contaba para el momento de la celebración del contrato, negando, como consecuencia, la totalidad de las pretensiones de la demanda.

Consideraciones

Sea lo primero decir, que se han agotado todas las etapas dentro de este proceso como da cuenta la reseña detallada en los acápites anteriores, por lo cual se puede indicar que están dados los presupuestos procesales, pues el libelo fue presentado en legal forma, se notificó al extremo pasivo como corresponde además las partes tienen la capacidad para comparecer a juicio, al igual que este Despacho es competente para adoptar la decisión pertinente, por lo que no queda duda de la reunión de las condiciones necesarias para que el proceso tenga existencia jurídica

y validez formal.

Ahora en lo que toca a los presupuestos de la acción que nos ocupa, se tiene que la parte demandante hoy recurrente, pretende que se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar se acceda de manera favorable a las pretensiones de la demanda, toda vez que, a su criterio, el Juez de primera instancia valoró de manera inadecuada el material probatorio recaudado, otorgando un valor desmedido al testimonio de la señora Katherine Cárdenas (prueba aportada por la parte demandada) y atribuyendo un conducta reticente en cabeza de la parte interesada, por haber actuado de mala fe, desconociendo la carga que tiene la aseguradora de tomar las precauciones previas al momento de celebrar el contrato de seguros que hoy se debate en el presente asunto.

Bajo tales presupuestos facticos y normativos este Juzgador deberá emitir un pronunciamiento de fondo previo al análisis jurisprudencial que regula los aspectos relacionados con las responsabilidades reciprocas frente a la obtención de las pólizas de aseguramiento, manifestando desde ya la confirmación de la postura adoptada por el *a-quo*, a través de la sentencia recurrida.

De los argumentos esgrimidos por la parte demandante y que sirven hoy para apelar la providencia que dirimió el conflicto en primera instancia, llama la atención del Despacho la desatención que la parte actora le pretende tener con la figura de la reticencia, factor determinante para endilgar la responsabilidad que cada extremo contractual debe tener al momento de traer a la vida jurídica el contrato de seguro.

Ya se ha definido de manera amplia el alcance que tiene la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio, el cual refiere el estado de riesgo en el que se encuentra el asegurado y las consecuencias jurídicas que tiene brindar información que no se encuentra ajustada a la realidad, no obstante, la jurisprudencia tiene un pronunciamiento fluctuante frente a cada caso en particular, pero de manera unísona refiere que, si bien, la compañía de seguros esta en la obligación de auscultar de manera rigurosa los aspectos que se desarrollan en torno a la declaración de asegurabilidad de manera previa a la celebración del contrato, también lo es que, el tomador o declarante no puede tener un mínimo de reserva frente a los hechos relevantes para el objeto y finalidad de la cobertura.

Trayendo la anterior premisa al caso que nos ocupa, bajo ninguna circunstancia el aquí demandante debió guardar prudencia frente a su estado de salud o condición médica que presentaba o padecía para el momento de suscribir el contrato de seguro, situación que desdibuja en gran medida la obligación principal del extremo demandado en adoptar las medidas necesarias para determinar la veracidad de

las afirmaciones ofrecidas por el tomador, las cuales se consideran rendidas bajo juramento.

En un compendio de pronunciamientos relacionados con el tema que nos ocupa, la Honorable Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, en la providencia No. AC354-2025 de fecha 25 de febrero de 2025, dictada al interior del proceso No. 05001-31-03-002-2022-00070-01, por el Magistrado Ponente **Octavio Augusto Tejeiro Duque**, indicó:

*“Según la Corte Constitucional, en el contrato de seguro **las partes deben ejecutar deberes de claridad, información, confirmación y lealtad dentro del marco de la ubérrima buena fe**, lo cual implica la petición y recepción de datos suficientes, completos y veraces por las partes. En ese ámbito se exige mayor diligencia a la aseguradora y se ve al tomador como la parte débil; **esto no significa liberar a este último de los aludidos deberes e imponérselos a las compañías que operan ese mercado, solo se espera que actúen de forma más acuciosa y prudente.***

*En la SC3791-2021 se insistió en que la ubérrima buena fe del contrato de seguro es un principio en doble vía y que, **en temas de reticencias le impone al tomador el deber de declarar en forma honesta su estado de salud** y a la aseguradora el compromiso de determinar las condiciones, ya sea con un cuestionario o mediante una investigación personal, y así decidir sobre la prescindencia de un examen médico. Allí destacó que:*

*“La nulidad relativa del contrato de seguro -por reticencia- es excepcional, y depende de que **la aseguradora no haya conocido real o presuntivamente el estado del riesgo**, ni aceptado las inexactitudes u omisiones del tomador en forma expresa o tácita, además, la incorrección debe ser trascendente tanto que de haberla conocido el asegurador no habría contratado o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas. **La reticencia es relevante si hay nexo causal entre las patologías que padecía el tomador y la condición generadora del siniestro. La prueba de esos elementos incumbe a quien alega la nulidad.** Aplica una interpretación favorable al tomador; de las aseguradoras se espera una diligencia mayor por su posición dominante.*

En la SC167-2023 se relievieron las reglas sobre la reticencia. Si la aseguradora formula cuestionario detallado al tomador de un seguro de vida sobre su estado de salud y este declara de forma mendaz sus

condiciones personales, ese formulario y la falsedad harán prueba de la reticencia y de la trascendencia de la información omitida.

No hay consenso en la Corte Constitucional sobre la trascendencia de la reticencia. El nexo entre la patología omitida y el siniestro carece de uniformidad, sin que la tesis allí aplicada haya sido acogida y aceptada por la jurisprudencia civil. Por eso, las decisiones que cita la censura no rompen los dos cimientos del fallo apelado.

*Según se dijo en SC5327-2018 y se reiteró en SC167- 2023 la trascendencia de la reticencia significa que si la aseguradora hubiera conocido la información omitida se habría retraído de contratar o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas, y no que el siniestro sea consecuencia de la omisión. **Toda inexactitud u ocultamiento sobre el estado de salud del tomador no constituye reticencia, solo aquellos que sean de mala fe, es decir, cuando a pesar de conocer la enfermedad y ser interrogado por ella, se omite declararla.** La hermenéutica del artículo 1058 del Código de Comercio no impone al asegurador hacer exámenes médicos para valorar la condición del tomador de una póliza de vida, ni verificar su historia clínica o documentos similares, sin perjuicio de que establezca que en la formación del vínculo el asegurador sabía o podía conocer lo omitido. (Negrilla y subrayado fuera del texto original).*

Atendiendo de manera rigurosa lo establecido por el alto ente jurisprudencial en el que reitera las cargas de cada extremo contractual, destaca la obligación de las aseguradoras por encontrarse en una posición superior, pero compromete su responsabilidad en la medida en que el asegurado actúe bajo postulados de rectitud e integridad, hecho que es ampliamente debatido en el proceso que nos ocupa.

Del material probatorio recaudado en primera instancia, se puede afirmar con toda seguridad que el señor **Yomar Enrique Mejía Díaz**, presentaba antecedentes patológicos y médicos de “DMS (Diabetes 11 Mellitus tipo II), HTA (Hipertensión Arterial) en registro medico del 02 de enero de 2022, radiculopatía cervical desde 1 de junio de 2021 y síndrome de manguito rotatorio en el año 2021”, patologías que hacen parte de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral correspondiente al 52.34%, por medio del cual recibió la pensión por invalidez y que consecuentemente derivó de la reclamación del seguro que hoy se debate.

Con relación a la afirmación efectuada por el recurrente en la que indica “**LE FUE OFRECIDA UNA PÓLIZA, NO LA PIDIÓ EN NINGÚN MOMENTO** demostrando

en primer lugar la buena fe del señor YOMAR MEJIA, en segundo lugar las condiciones al momento de adquirir la póliza debieron ser detalladas y explicadas en todo sus parámetros, situación que no se evidencio en ningún momento, solo pidieron que firmara todos los soportes financieros sin detallar ningún asunto de asegurabilidad en esta póliza, y tercero, teniendo ya un antecedente por ser cliente de la entidad BBVA”, es pertinente indicar que dicha afirmación al interior del plenario no se acreditó, razón por la cual no se puede tener como valida una premisa que carece de acervo probatorio, hecho que posiblemente se pudo haber dilucidado con la declaración del señor “ALEXANDER QUECANO”, sin embargo, ante su no comparecencia, el Despacho resolvió con los elementos de probanza que tenía a la mano.

Difícilmente se puede perder de vista la conducta desplegada por el señor **Yomar Enrique Mejía Díaz**, ya que no incurrió en inexactitudes irrelevantes u omisiones leves, por el contrario, afirmó que su estado de salud no presentaba alteración, hecho que no se ajustan a la realidad y que tampoco puede considerarse bajo los postulados de la buena fe, por el contrario, con las declaraciones alejadas de la realidad, demostró que su ánimo de asegurarse ante cualquier eventualidad prevista en el objeto de la póliza no haya sido genuina.

Por otra parte, frente a la relevancia otorgada al testimonio rendido por la señora **Katherine Cardenas** y que es un argumento objeto de reclamación en el recurso bajo estudio, es importante indicar que, una vez atendida la declaración de la referida y de la lectura de la sentencia de instancia, este Despacho considera que, la parte demandante atribuye un valor superior a las manifestaciones realizadas de la testigo, de la que verdaderamente tiene.

Como quiera que la excepción probada al interior del presente asunto, tiene asidero en la omisión de la información suministrada por el extremo demandante y sobre ello se fundó la negativa de las pretensiones, teniendo en cuenta la documental aportada al interior del plenario y demás documentos aportados, elementos que le permitieron llevar al Juez al pleno convencimiento de lo resuelto, por lo que se puede determinar que la intervención de la testigo en comento, no tiene la relevancia suficiente para que de ello dependiera el curso del proceso.

Lo que pudo percibir este Juzgador en el fallo recurrido, es que el Juez de primera instancia relacionó la exposición hecha por la señora **Katherine Cardenas**, para efectos de determinar de manera genérica la forma como los usuarios de las pólizas de seguro captan la información acerca del estado de asegurabilidad, tan así que citó de manera textual lo siguiente:

“(…) 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”.

Dicho esto, la interpretación dada por el Juez de primera instancia a la intervención de la testigo, se encuentra completamente ajustada a las necesidades informativas de como se transmite la información a los usuarios de la aseguradora, sin que ello implique un factor determinante para la negación de las pretensiones como lo es para el caso que nos ocupa.

Por lo anteriormente expuesto, no es posible tener en cuenta de manera favorable los argumentos presentados por la parte actora para derrumbar la sentencia proferida en primera instancia, razón por la cual se confirmará en su totalidad, pues, en gracia de discusión, salió adelante la probanza de la conducta reticente que se reprochó en el fallo, siendo este el verdadero factor determinante para que en el presente caso, no se obligara a la entidad demandada a cumplir con sus cargas procesales y jurisprudenciales de su debida diligencia, sino de atribuir la responsabilidad del demandante por no comunicar de manera íntegra su estado real de salud.

Decisión

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado 42 Civil del Circuito de Bogotá**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

Resuelve

Primero: Confirmar en todas sus partes la sentencia de fecha 12 de diciembre de 2024, proferida por el **Juzgado 01° Civil Municipal de esta ciudad**, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

Segundo: Condenar en costas al apelante. Inclúyase la suma de **\$2.000.000.00 M/cte**, por concepto de agencias en derecho que se consideran causadas en esta instancia.

Tercero: Devuélvase el expediente al Juzgado de origen para lo de su trámite y competencia.

Notifíquese y cúmplase,

El Juez,



HERNÁN AUGUSTO BOLÍVAR SILVA

J.B.