

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CINCUENTA (50) CIVIL MUNICIPAL BOGOTÁ.
Bogotá, veintiséis (26) de agosto de dos mil veinticinco (2025)

Proceso	Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil Contractual -Seguros-
Demandante	MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA
Demandado	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA
Radicado	11001400305020240109500
Providencia	Sentencia Primera Instancia

I. ASUNTO A TRATAR

De acuerdo con lo previsto en el artículo 373 del CGP, procede el Juzgado a emitir sentencia dentro del proceso de la referencia, en el que la demandante MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA pretende¹ que, respecto de la accionada se declare i) la validez del contrato de seguro contenido en la Póliza n° 022610000032343; ii) la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente como consecuencia de la calificación de pérdida de la capacidad laboral de la actora en más de 50%; (iii) su responsabilidad civil contractual y, por ende, la obligación de pagar el valor asegurado; y (iv) se condene al pago de a) \$97.000.000 como valor asegurado en la citada póliza, b) los intereses moratorios causados desde el 10 de marzo de 2023 -fecha en que se cumple el mes tras la radicación de la reclamación- o, en subsidio, desde la admisión de la demanda y c) las costas procesales.

II. ANTECEDENTES

1. La accionante narra como hechos de la demanda que el 10 de diciembre de 2020 adquirió con el Banco BBVA Colombia SA el crédito de libranza n° 0013-0158-00-9621427756, en cuantía de \$97.000.000.

1.2. Como consecuencia de ese mutuo, fue cobijada con la póliza de seguro de Vida Grupo Deudor n° 022610000032343, cuyas coberturas de Vida (muerte por cualquier causa) y de Incapacidad Total y Permanente ascienden a \$97.000.000 en ambos casos. Dicha póliza se generó de manera automática, sin conocimiento explícito de la asegurada y, por ende, ella desconoce la aparente declaración de asegurabilidad que se dice, supuestamente, diligenció.

¹ Arch. 006Subsanación

1.3. Al momento de la suscripción de dicha póliza, la demandante gozaba de “*cabal salud*” y, en todo caso, BBVA SEGUROS no le practicó ningún examen médico de ingreso.

1.4. Posteriormente, el 31 de octubre de 2022 ella fue calificada con pérdida de capacidad laboral del 66.78%, según dictamen emitido por COSMITET LTDA.

1.5. El 10 de febrero de 2023 le presentó una reclamación a la accionada para que, dada la demostración de la ocurrencia del siniestro, se hiciera efectiva la citada póliza con el consecuente pago.

1.6. El 27 de marzo de 2023 la demandada objetó tal reclamación, alegando reticencia en la declaración de asegurabilidad.

1.7. Sin embargo, dicha declaración no fue diligenciada ni firmada por la actora sino por alguien más -se desconoce quién-. Por lo mismo y conforme lo previsto en el artículo 272 del CGP, ella desconoce ese documento.

1.8. Además, puesto que la aseguradora continuó cobrando la prima sin ninguna modificación y, con ello, mantuvo vigente de la póliza, saneó cualquier vicio que esta pudiere tener.

1.9. Finalmente, el comportamiento de la aseguradora no se ajusta a derecho, pues omitió entregarle a la actora la póliza que la cobijaba y mucho menos le informó de manera completa los alcances de esta. En otras palabras, la accionada faltó a los deberes de información que la ley le impone. Esto, a su vez, impide que las cláusulas invocadas por BBVA le apliquen a la demandante.

2. La demanda fue admitida mediante providencia² de veintitrés (23) de octubre de dos mil veinticuatro (2024).

3. A través de auto de treinta (30) de enero de dos mil veinticinco (2025)³, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA se tuvo por notificada, personalmente, de la admisión, y por contestada la demanda.

En su contestación aclaró que no es cierto que la demandante desconociese la existencia de la póliza y que no hubiere firmado la declaración de asegurabilidad ni completado el formulario en el que se le indagó sobre su estado de salud, pues la solicitud/certificado de asegurabilidad están contenidas de manera clara las preguntas sobre

² Arch. 008AutoAdmite

³ Arch. 016AutoReconocePersonería

antecedentes de salud y en dicho documento están plasmados tanto los datos personales de la actora como su firma, como señal de recibo y comprensión de la información dada para contratar. De hecho, en el mismo formulario hay una leyenda en la que se indique el firmante declara haber sido informado plenamente sobre los alcances del contrato de seguro y las consecuencias sobre la declaración imprecisa del riesgo.

En ese orden de ideas, como la accionante señaló no padecer ninguna enfermedad y, por el contrario, al momento de la solicitud de asegurabilidad su salud sí estaba afectada por fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis, no declaró su real estado de riesgo. De haberlo conocido la aseguradora, se habría abstenido de contratar o, en su defecto, lo habría hecho bajo circunstancias más onerosas para la hoy demandante.

Como consecuencia de la declaración reticente, el contrato de seguro está viciado de nulidad relativa y, por ende, no es válido. Independientemente de que la actora haya seguido pagando la prima.

La accionada propuso las excepciones de mérito denominadas:

Principales:

i) **Nulidad del aseguramiento por reticencia del asegurado:** fundamentada en que, pese a habersele indagado al respecto, la asegurada omitió declarar que padecía enfermedades graves y preexistentes a la suscripción del contrato: fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia, hipertensión, apnea del sueño, diabetes mellitus y artrosis.

Esto vició el consentimiento del asegurador y da lugar a la nulidad relativa del contrato según el artículo 1058 del Código de Comercio, pues, de haberlas conocido, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA se habría abstenido de contratar o, al menos, lo hubiese hecho en circunstancias más onerosas para la demandante.

Recalcó que, según la jurisprudencia, los requisitos de configuración de la nulidad relativa son la demostración de reticencia (declaración no veraz del estado del riesgo por parte del asegurado) y la acreditación de que frente a la declaración real la aseguradora no habría contratado o lo habría hecho bajo otras condiciones.

ii) **Inexistencia de obligación de practicar exámenes médicos:** El asegurador no está obligado a realizar dichos exámenes antes de contratar con el asegurado. Es carga del asegurado informar de manera certera el estado del riesgo -deber precontractual-, pues es él quien lo conoce; no de la aseguradora comprobarlo.

iii) **No es necesario probar mala fe para alegar reticencia:** Basta con demostrar que el asegurado omitió o informó inexactamente el estado del riesgo y que la aseguradora, de haberlo conocido, se habría abstenido de contratar o, al menos, lo hubiese hecho bajo circunstancias más onerosas. No se requiere probar intención dolosa del declarante.

iv) **Facultad de retener la prima como pena:** basada en que, de acuerdo con lo previsto en el artículo 1059 del Código de Comercio, en caso de nulidad por reticencia, el asegurador puede retener, a título de como sanción hacia el asegurado reticente, la prima pagada.

v) **Prescripción de la acción derivada del contrato de seguro:** dado que han transcurrido más de dos años desde la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral hasta la presentación de la demanda, se ha completado el término prescriptivo señalado en el artículo 1081 del Código de Comercio.

vi) **Excepción genérica o innominada:** esto es, cualquier otra excepción que resulte probada durante el proceso, conforme al artículo 282 del CGP.

Subsidiarias:

i) **Límite del valor asegurado:** En caso de condena, el pago no puede exceder el monto máximo pactado en la póliza.

ii) **Pago limitado al saldo insoluto:** la indemnización solo puede cubrir el saldo pendiente del crédito, no otros valores.

iii) **El único beneficiario es el Banco BBVA:** en pólizas de vida grupo deudores, el beneficiario es la entidad financiera, no el asegurado ni sus herederos.

4. De las excepciones de mérito propuestas el accionado corrió traslado electrónico⁴..

5. La accionante se pronunció, (i) de manera preliminar indicando que no está probado de ninguna manera que se le haya entregado a la actora la carátula de la póliza, menos sus condiciones completas, pues

⁴ Pág. 89, Arch. 012ContestacionDemandaBBVA

ni siquiera se alude a estas en la cita genérica del formulario de asegurabilidad -que por regla solo se firma sin acceso a real información sobre los alcances del contrato- y (ii) sobre los dichos medios exceptivos así:

i) **Nulidad del aseguramiento por reticencia del asegurado:** Pide que esta sea rechazada por falta de prueba, pues a) la declaración de asegurabilidad era genérica, sin preguntas específicas sobre las patologías alegadas; b) no se probó la mala fe de la asegurada, quien actuó de buena fe; c) la demandada renovó la póliza luego de conocer el estado de salud de la actora, lo que implica aceptación tácita; d) no se demostró que, de haber conocido los hechos, la aseguradora se hubiera abstenido de contratar o exigido condiciones más onerosas. De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se exige probar la mala fe para que proceda la nulidad por reticencia.

Resaltó que, de conformidad con lo previsto en el último párrafo del artículo 1058 del estatuto mercantil, “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”. Esto último es precisamente lo que pasó con la renovación de la póliza luego de hecha la reclamación; la alegación de la reticencia tras la renovación implica un comportamiento que va en contra del acto propio de la aseguradora y, con ello, lesivo de la buena fe que generó en su contraparte contractual.

Es improcedente retener las primas como sanción, pues no se ha declarado la nulidad del contrato y, en todo caso, la demandada aceptó tácitamente la validez del negocio jurídico al renovar la póliza.

Máxime si se tiene en cuenta que a la actora no le fue entregada la carátula de la póliza conforme lo ordenado en el artículo 1046 del Código de Comercio -lo cual es una práctica abusiva según el artículo 6.2. de la Circular 018 de 2016 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia y artículo 9 de la Ley 1328 de 2009-, menos le informó de manera adecuada los alcances y limitaciones contractuales (artículo 37 de la Ley 1480 de 2011); las excusiones no se plasmaron en la carátula de la póliza y, por ende, con ineficaces conforme lo establecido en el artículo 44 de la Ley 45 de 1990, al artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y a la Circular No. 076 de 1999.

En cuanto a la excepción genérica o innominada, solicita no darle trámite.

3. En providencia de veintiuno (21) de febrero de dos mil veinticinco (2025)⁵ se abrió a pruebas este asunto y se fijaron las 9:00 am del día 28 de mayo dos mil veinticinco (2025) como hora y fecha para surtir las audiencias de que tratan los artículos 372 y 373 del proceso.

4. En la citada fecha⁶, se recaudaron los interrogatorios de las partes y se determinó que el veinticinco (25) de agosto a las 9:00 am se recibirían los testimonios de JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO y KATHERINE CÁRDENAS, se efectuaría la contradicción del dictamen pericial por allegar y se escucharían los alegatos de conclusión.

5. El 30 de mayo de 2025⁷ -reiterado el 11 de junio siguiente⁸- la demandada allegó el dictamen pericial previamente anunciado. Este se puso en conocimiento de la demandante mediante auto de diecisiete (17) de junio del dos mil veinticinco (2025)⁹.

6. Mediante audiencia¹⁰ de veinticinco (25) de agosto a las 9:00 a.m. se prescindió de la práctica de los testimonios de JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO y KATHERINE CÁRDENAS, decretados como prueba conjunta, atendiendo al desistimiento manifestada por la parte accionada y que la demandante tampoco gestionó su asistencia. Finalmente, se surtió la contradicción del dictamen pericial aportado y fueron oídos los alegatos de conclusión.

7. Agotado el trámite requerido, de conformidad con lo previsto en el artículo 373 del CGP, solo restaba la expedición de la presente sentencia.

III. CONSIDERACIONES

1. Presupuestos procesales.

Se deja constancia de que en el presente asunto se estructuran los denominados presupuestos procesales, necesarios para la conformación del litigio y la regular tramitación del proceso. El Juzgado es competente para conocer del mismo, las partes gozan de capacidad jurídica y procesal y la demanda no reviste informalidad que impida decidir sobre lo pedido. En esas circunstancias y no existiendo vicio procesal que invalide lo actuado, es viable expedir la decisión de fondo correspondiente.

⁵ Arch. 019AutoFijaFecha

⁶ Arch. 043Grabacion28052025Parte1, Arch. 044Grabacion28052025Parte2 y 045ActaAudiencia28052025.

⁷ Arch. 046AportaDictamenPericial

⁸ Arch. 048MemoirialRatificacionDictamenPericial

⁹ Arch. 050AutoPoneConocimiento

¹⁰ Arch.054Grabacion28082025

2. De la legitimación en la causa.

La legitimación en la causa consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede acción o el derecho y en la igualdad de la persona del demandado con la persona contra la cual se le puede reclamar la prestación correlativa; esto es, que el demandante debe ser el titular del derecho que reclama y el demandado el único obligado a restituirlo.

Por ello, no puede considerarse como presupuesto del proceso, porque que apunta a la súplica y no a las condiciones para la integración y el desarrollo regular de aquel. Si no se presenta legitimación por activa o pasiva, pero concurren los cuatro presupuestos procesales, entonces la sentencia debe ser absolutoria, ya que mal podría condenarse a quien no es la persona que debe responder del derecho reclamado o a quien es demandado por quien carece de la titularidad de la pretensión que reclama; así mismo, sería absurdo declarar la inhibición por falta de legitimación en la causa, pues así se permitiría que el litigante ilegítimo promoviera nuevamente el proceso o contra él se suscitara otra vez, con lo que se originaría una cadena interminable de inhibiciones.

Sobre este tópico la H. Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil ha sostenido que: *“No puede confundirse, pues, la legitimación para el proceso, llamada también para comparecer a éste, con la legitimación en la causa. Es patente que aquélla es un presupuesto procesal, como ya se vio, en tanto que ésta es fenómeno sustancial que consiste en la identidad del demandante con la persona a quien la ley concede el derecho que reclama y en la identidad del demandado con la persona frente a la cual se puede exigir la obligación correlativa[...].”*¹¹ Frente a la legitimación en la causa de las partes de este asunto, tenemos que se encuentra acreditada. Por pasiva está convocada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA, que es la compañía aseguradora que expidió la póliza de seguro de Vida Grupo Deudor n° 022610000032343 objeto de reclamo por esta vía judicial y por activa acudió MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA, quien es la deudora de la obligación n° No. 0013-0158-00-9621427756, amparada por la citada póliza, y, por ende, una de las llamadas a solicitar su efectividad del amparo para lograr la satisfacción de tal crédito.

3. Del contrato de seguros.

El artículo 1036 del Código de Comercio define el contrato de seguro. A partir de tal conceptualización, la jurisprudencia ha ido delineando

¹¹ Gaceta Judicial, Tomo CXXXVIII, 364/65.

la noción, en el sentido que el contrato de seguro es aquél negocio bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo por virtud del cual una persona -el 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 ahorro¹².

Como lo aquí debatido tiene su génesis en un contrato de seguro, conviene traer a colación la sentencia SC7814-2016¹³ de la Corte Suprema de Justicia, que respecto al contrato de seguro analizó:

“El contrato de seguro procura dar seguridad y estabilidad jurídica a las relaciones obligatorias frente a los riesgos que rodean la vida diaria. En la materia, el asegurador se obliga a indemnizar el daño o a “(...) responder hasta concurrencia de la suma asegurada (...)” (artículo 1079 del Código de Comercio), ante la posibilidad de ocurrencia de un riesgo o frente a la amenaza de un derecho subjetivo de contenido patrimonial, inclusive la vida misma, debido a peligros personales, destrucciones a la propiedad o la responsabilidad de terceros.

*Se gesta ahí, una obligación a cargo del asegurador sometida en forma a una condición, que de conformidad con el artículo 1054 del ordenamiento comercial nacional, **equivale al riesgo, el cual es definido en el mismo precepto como “(...) 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”.***

***El riesgo, elemento esencial del contrato de seguro, justamente es un acontecimiento futuro e incierto** temido por el acreedor, por el contratante o por el tomador; llámese terremoto, incendio, inundación, enfermedad, **inclusive la propia muerte** (artículos 1054 y 1137 del Código de Comercio), etc.; esta última, entendida como “(...) la incertidumbre del acontecimiento de una contingencia desfavorable”⁴. Todos esos fenómenos se aseguran, no para suprimir el hecho condicional, sino con el propósito de obtener una indemnización o compensación económica, ante la ocurrencia de la condición o del evento dañoso o del acontecimiento temido. Por tanto, **el riesgo, en general es un hecho condicionante**, esto es, verdadera circunstancia futura e incierta, por la posibilidad de su ocurrencia al mediar la incertidumbre de que sobrevenga el hecho por obra del azar, del alea, afectando patrimonialmente a un sujeto de derecho, en forma concreta (seguro de daños), o en forma abstracta (seguro de personas).*

¹² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia de julio 22 de 1999. Ref.: Exp. 5065. M.P. Nicolás Bechara Simancas

¹³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia SC7814-2016 de 5 de abril de 2016. Ref.: Exp. 05001-31-03-010-2007-00072-01. M.P.: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA.

*Claro, la muerte es un hecho cierto por esencia, y como colofón, no es condición por la certeza de que acontecerá, de ahí, su inevitabilidad; pero si es suceso incierto el cuándo acaecerá, edificándose éste, en el motivo que engendra la plausibilidad del seguro de vida, ante la incertidumbre del cuándo, circunstancia en la que hunde sus raíces el contrato aseguratorio frente a su ocurrencia, por la posibilidad de frustrarse proyectos vitales, por la amenaza de las enfermedades, por el azar o la adversidad del devenir, por las atentados contra su integridad, por su deterioro, **por la discapacidad, por la invalidez**; en fin, por la alteración de las condiciones psíquicas, físicas o somáticas del ser humano, mientras cada cual, transita su trecho histórico. Como lo expone Magee: “En el seguro de vida, la calamidad contra la que se asegura es la muerte. La muerte es universal y cierta. La incertidumbre concomitante a la muerte, es el tiempo de su acaecimiento.”¹⁴*

El riesgo, entonces, está insito en el seguro (artículo 1045, ordinal 4º del Código de Comercio), de modo tal que si no se produce no habrá evento dañoso, y como participa de la naturaleza jurídica de las condiciones, debe ser incierto (como extremo de la certeza, hecha ya, eso sí, la precisión tocante con el tiempo de acaecimiento de la muerte), aleatorio, posible, lícito, fortuito, y por supuesto, debe tener contenido económico, porque de ocurrir el siniestro legitima la posibilidad de demandar la indemnización respectiva ante la pérdida o el detrimento patrimonial (art. 1054 del Código de Comercio).

Hasta tanto no acaezca el riesgo, es meramente una condición suspensiva (artículo 1536 del Código Civil), que se halla en estado latente, virtual o potencial a la espera de que el acontecimiento futuro incierto acontezca o no (artículo 1530, ibídem). Realizado el riesgo por el cumplimiento de la condición (artículo 1072 del Código de Comercio), nace inevitablemente la obligación del asegurador, por haberse configurado el siniestro, mutándose por regla general en obligación pura y simple y por tanto exigible automáticamente.

4. Principio de buena fe contractual.

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 Constitucional explicó:

*«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***

¹⁴ MAGEE, John H. Seguros generales. Traducción de Carlos Castillo. México: Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana, 1947, Tomo I, p. 671

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.”».

A su turno, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido que “en consideración al principio de buena fe que con todo rigor campea en el régimen aseguraticio, el artículo 1058 del C. de Comercio, vela porque el asegurador conozca de manera fiel el riesgo que habrá de amparar, con el objetivo de definir en un marco de libertad si accede a la contratación y el monto mismo de la prima a cargo del tomador”. Con antelación había señalado que el indicado precepto normativo, en sus dos primeros incisos contiene:

“Severos parámetros de conducta al tomador del seguro, a quien le ordena que ‘declare sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador’, y le señala las consecuencias que le conlleva si procede con reticencia o inexactitud. Se trata como ya se anotó, de exigencias legales para la contratación, tendientes a que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que pueda conocer en toda su extensión el riesgo que va a asumir, exigencias que deben cumplirse cualesquiera que sean las circunstancias en que se produzcan tales declaraciones, esto es, que bien se hagan a iniciativa del particular o de la compañía aseguradora; ora sea precedidas o no de efectos, situaciones o contrataciones anteriores. Es decir, de una u otra manera, lo primordial, lo importante es que las declaraciones que el tomador del seguro haga, sean sinceras, exactas y sin reticencias”». ¹⁵

Por consiguiente, la falta de honestidad del asegurado 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 resaltar que, en los términos del inciso 2º 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 esta, 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

¹⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia de 18 de octubre de 1195. Ref.: Exp. 4640. M.P.: PEDRO LAFONT PIANETTA.

letales, circunscritos al negocio jurídico asegurativo (*ex tunc*)¹⁶; 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.”¹⁷

5. Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo

El inciso 1° del artículo 1058 del Código de Comercio establece 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 los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato.*”

Respecto de la anterior norma, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia SC2803-2016 del 4 de marzo de 2016, señaló:

“2. Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

¹⁶ CARLOS IGNACIO JARAMILLO J., Derecho de Seguros, Tomo II, ED. Temis. Bogotá. 2011. Pág. 708

¹⁷ J. EFRÉN OSSA G., Teoría General del Seguro. T. II ED. Temis. Bogotá. 1984. Pág. 300

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.» (énfasis añadido)¹⁸.

Tratándose de la reticencia como causal de nulidad relativa del contrato de seguro, la misma corporación, en sentencia SC3791-2021 de 1° de septiembre de 2021, explicó:

“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».

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». Para la jurisprudencia constitucional, «siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo». 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) (...).»

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

¹⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia SC2803-2016 de 4 de marzo de 2016. Ref.: Exp. 05001-31-03-003-2008-00034-01. M.P.: FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ.

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 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.»¹⁹

6. Sobre el régimen jurídico de la responsabilidad Civil Contractual

La responsabilidad civil es “*el deber de reparar las consecuencias de un hecho dañoso por parte del causante, bien porque dicho hecho sea consecuencia de la violación de deberes entre el agente dañoso y la víctima al mediar una relación jurídica previa entre ambos, bien porque el daño acaezca sin que exista ninguna relación jurídica previa entre agente y víctima*”²⁰.

En ese sentido, cuando el hecho que se reputa lesivo es el incumplimiento o cumplimiento defectuoso de un acuerdo de voluntades, la reclamación de su resarcimiento se hace bajo los postulados de la responsabilidad civil contractual, la cual tiene fundamento último en el artículo 1602 del Código Civil, según el cual “*todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales*”

Como lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, para la prosperidad de la acción de responsabilidad contractual estará llamado el demandante a acreditar la existencia de los siguientes supuestos:

¹⁹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia SC3791-2021 de 1º de septiembre de 2021. Ref.: Exp. 20001-31-03-003-2009-00143-01. M.P.: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA.

²⁰ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL. Sentencia SC5170-2018 de 3 de diciembre de 2018. MP: MARGARITA CABELLO BLANCO.

«i) Que exista un vínculo concreto entre quien como demandante reclama por la inapropiada conducta frente a la ejecución de un convenio y aquél que, señalado como demandado, es la persona a quien dicha conducta se le imputa (existencia de un contrato); ii) que esta última consista en la inejecución o en la ejecución retardada o defectuosa de una obligación que por mandato de la ley o por disposición convencional es parte integrante del ameritado vínculo (incumplimiento culposos), iii) y en fin, que el daño cuya reparación económica se exige consista, básicamente, en la privación injusta de una ventaja a la cual el demandante habría tenido derecho (daño) de no mediar la relación tantas veces mencionada (relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño)”²¹

Entonces, como presupuestos para el éxito de pretensión que nos ocupa, se han establecido por la jurisprudencia los siguientes: a) la existencia de un contrato entre las partes; b) el incumplimiento no justificado por parte del demandado de dicho negocio jurídico, c) el perjuicio causado y d) el nexo causal entre ese perjuicio y el incumplimiento no justificado del accionado.

6. Caso concreto.

6.1. Dado que las pretensiones de la demanda se enfilan a la declaratoria de responsabilidad civil contractual en cabeza de la demandada como consecuencia del incumplimiento de su obligación de pago del amparo pactado en un contrato de seguro; uno de los elementos axiológicos de este tipo responsabilidad es la existencia de un contrato válido; y, a su vez, la accionada propuso como excepciones, entre otras, “la nulidad del aseguramiento por reticencia del asegurado”, “inexistencia de obligación de practicar exámenes médicos” y “no es necesario probar mala fe para alegar reticencia” y estas cuestionan directamente la idoneidad del negocio jurídico respectivo, por conveniencia metodológica, de entrada se estudiará la validez del contrato en conjunto con los dichos medios de defensa.

En caso de resultar probadas tales excepciones, se verificará lo atinente a la oposición de “facultad de retener la prima como pena”.

6.2. De la existencia de un contrato válido entre las partes a la luz de las excepciones de mérito “la nulidad del aseguramiento por reticencia del asegurado”, “inexistencia de obligación de practicar exámenes médicos” y “no es necesario probar mala fe para alegar reticencia”.

De las normas y consideraciones jurisprudenciales citadas con anterioridad se decanta que el asegurador tiene la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo. Este deber está instituido

²¹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL. Sentencia SC5170-2018 de 3 de diciembre de 2018. MP: MARGARITA CABELLO BLANCO.

en el artículo 1158 del Código de Comercio, según el cual “*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.*” De incurrir reticencias o inexactitudes, la sanción prevista por el legislador es la nulidad relativa del contrato, pues una declaración honrada sobre ese aspecto le permitirá a la aseguradora adquirir conocimiento sobre las características del riesgo y valorar la conveniencia o no de asumirlo.

No obstante, cuando la aseguradora alega la reticencia, según la carga de la prueba establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, el cual señala que “*incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*”, deberá demostrar que (i) que la información a ella proporcionada para medir el riesgo fue inexacta; (ii) que el declarante estaba al tanto de la disparidad entre la realidad y la información por él suministrada; y (iii) que si la aseguradora hubiere conocido el riesgo se habría abstenido de contratar o lo habría hecho bajo otras condiciones.

Lo anterior será objeto de análisis en este acápite específico.

Según se determinó en la fijación del litigio²² con anuencia de los litigantes, en este asunto está probado que entre las partes existe el contrato de seguro contenido en la póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343, en la cual funge como asegurada la demandante MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA -según lo admitido en la contestación de la demanda²³- y como aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA y que fue adquirida para respaldar la deuda generada por el crédito de libranza n° 0013-0158-00-9621427756, en cuantía de \$97.000.000, entregado por el banco BBVA COLOMBIA SA a la accionante. Esto también consta en el certificado de póliza correspondiente²⁴.



²² Hora 2:20:25 a 2:25:24, 044Grabacion28052025Parte2

²³ Págs. 43 y ss, Arch. 012ContestacionDemandaBBVA

²⁴ Pág. 40, Arch. 006Subsanación

Entonces, ninguna duda hay en punto a que entre las partes se celebró un contrato de seguro, la discusión gravita en si este está o no viciado de nulidad relativa como consecuencia de una reticencia en la declaración del riesgo.

Sobre, esto, de un lado, la aseguradora alega que la demandante manifestó no padecer ninguna enfermedad al momento de la firma de la solicitud de asegurabilidad, pese a que, en realidad, para esa época ya estaba diagnosticada con fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, laringitis crónica, hipoacusia hipertensión, apnea del sueño y artrosis; a la par, la actora argumentó que ella no completó ni firmó la mencionada solicitud de asegurabilidad ni tampoco le fue indagado verbalmente por su estado de salud y, por consiguiente, ella no hizo ninguna declaración imprecisa sobre este.

Con los medios de convicción recaudados se probó que en el formulario de asegurabilidad²⁵ se indicó que la demandante no sufría ninguna enfermedad que revistiera especial riesgo para su salud, en especial, que hubiese padecido alguna relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, Epoc, asma, diabetes, hipertensión disfonía, discopatía. Esta es la información allí vertida al respecto:

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO		SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL URO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL	
BBAVA Seguros Amparos: Vida, Incapacidad Tot... Forma contabilización del crédito...		 M028300110236201589621427756	
Titular/Beneficiario: BBAVA COLOMBIA S.A.			
C.C. o NIT*: 860.003.020-1		Vigencia desde Alto / Mes / Día	
Cuidado		Vigencia hasta Fin del crédito a la fecha de pago	
Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos Maria Luisa Trejos Garcia			Id. nificación 42054933
Edad 60			
Dirección Buena Vista #, Alta Pradera Cs 25			Teléfono 3216283826
Ciudad Dosquebradas			
Fecha de nacimiento 1980-11-06			
Genero F Occupation/Profesion docente			
Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)			
Nombres Completos e Identificación		Parentesco	
		% Participación	
Información Adicional			
Número de la EPS a la que se encuentra afiliado: Cosमितet			
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si ☐ No ☒ ¿Cuál?			
Todas las preguntas deben ser contestadas a meno por el asegurado un forma clara sin usar rayas ni comillas.			
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estrutura 1.61 oms		Peso 50 Kg	
Si ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonia, discopatnia?		SI No	
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		✓	
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		✓	
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		✓	
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		✓	
Si contesto afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros.

Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a 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.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1250 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la rescisión del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, a éste Registre a continuación.

[Firma]
Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generadas de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento, como constancia de aceptación del presente seguro.

Para constancia se firma en BOYACÁ a los 1 días del mes de DICIEMBRE de 2020.

[Firma]
Firma del Solicitante

[Firma]
Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 482 - 0

Dirección para reclamaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71-34, zona A Pas 17 E, V. U. No. 19 11 CD

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea gratuita 0800 003 4030 y en Bogotá 307 80 80

Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Pas 6 en Bogotá DC; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbva@bbva.com.co

Simoes Grandes Contruyentes Res. 076 de 2016 - Relaciones de IVA e ICA. No practicar relaciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993.

Detos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)					Numero de Obligación
Tasa	Extra Prima	%	Anexo ITP	Valor Asegurado	
			Si ☐ No ☐		
Prima Mensual \$			Periodicidad	Vr. Prima Total \$	

Frente a esto, desde el escrito de demanda²⁶, la actora alegó que ella no diligenció dicho formulario y, de hecho, lo desconoció²⁷ bajo el razonamiento de que la firma allí impuesta no era suya. Luego, durante su interrogatorio, matizó esta postura, explicando que puede que ella hubiese firmado el documento, junto con los muchos otros que le fueron entregados al momento de solicitar el crédito de libranza n° 0013-0158-00-9621427756, pero sosteniendo que definitivamente ella no llenó los demás espacios -pues la letra con la que se completaron no es la suya- y que tampoco le fue indagado sobre su estado de salud para diligenciar tales casillas. En los apartes pertinentes esto fue lo declarado por ella: *“De hecho, esa letra que hay ahí no es mía. Yo creo que la firma sí [...]”*²⁸ al ponerle de presente ese documento durante la audiencia y preguntarle si reconocía esas rúbricas como suyas²⁹, ella contestó que *“Sí”*³⁰.

Entonces, comoquiera que la demandante admitió haber firmado tal documento y, por tratarse de uno atribuido a ella, lo procedente para desvirtuar su autoría era promover la tacha de falsedad conforme las reglas de los artículos 269, 270, 271 y 273 del CGP y ello no fue realizado -solo se anunció el desconocimiento 272 del CGP que no es procedente porque este aplica para documentos en los que no se indica al interesado como autor, sino a un tercero-, se advierte que aquí no logró desvirtuarse sino, inclusive, confirmarse que MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA firmó el documento denominado *“SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL”*.

Por ende, debe dársele plena aplicación al artículo 244 del CGP, según el cual *“es auténtico un documento cuando existe certeza sobre la persona que lo ha elaborado, manuscrito, firmado, o cuando exista certeza respecto de la persona a quien se atribuya el documento [...]”*

²⁶ Págs. 8 y 10, 006Subsanación

²⁷ Ibidem.

²⁸ Minuto 13:06 a 13:13, Arch. 044Grabacion28052025Parte2

²⁹ Minuto 13:14 a 13:32, Arch. 044Grabacion28052025Parte2

³⁰ Minuto 13:33, Arch. 044Grabacion28052025Parte2

Los documentos públicos y los privados emanados de las partes o de terceros, en original o en copia, elaborados, firmados o manuscritos, y los que contengan la reproducción de la voz o de la imagen, se presumen auténticos, mientras no hayan sido tachados de falso o desconocidos, según el caso” y tener por auténtica dicha “SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL”.

Máxime si se tiene en cuenta que la propia actora admitió que los documentos del crédito, aparentemente, incluida allí el certificado de asegurabilidad, los firmó sin leer y, por ende, al hacerlo, dejó libradas al azar las consecuencias jurídicas de las declaraciones que mediante su firma aceptó. En detalle, la demandante señaló en su interrogatorio sobre la suscripción de tales documentos: *“uno se confía y firma. Hubiera podido firmar cualquier otra cosa”*³¹ y frente a la pregunta de si ¿acostumbra a firmar documentos sin leerlos?³² Respondió que *“hacía eso. Pero después de que me pasó esto, esto con este Banco, ahorita cada que voy a... después de que hice esa reclamación y me dijeron que yo había sido mentirosa y eso, yo dije: ahorita cada vez que, así me demore... porque es que, como las personas lo acosan a uno que para que rapidito ¿cierto? ¡No! yo ahorita, ahora sí leo, pero anteriormente yo firmaba. La verdad era esa; ahorita no, ahorita tengo mucho cuidado.”*³³

El siguiente aspecto en discusión versa acerca de si la declaración en cuanto a la presencia de antecedentes de salud se compadecía con el estado real de la asegurada MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA o no y si fue realizada o no por la accionante. Esto, para, por esa vía, determinar si ella declaró o no de manera imprecisa el estado del riesgo.

Sobre esto, la tesis de la parte accionante³⁴ consiste en que esos datos fueron completados por un tercero, probablemente adscrito a la compañía, y que, en todo caso, para ese momento MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA gozaba de “cabal salud”.

De la verificación de la historia médica allegada por la FIDUPREVISORA³⁵ y que contiene el histórico de varias atenciones médicas realizadas entre 2012 y 2017, se extraen los siguientes hallazgos:

³¹ Minuto 10:18 a 10:23, Arch. 044Grabacion28052025Parte2

³² Minuto 35:48 a 36:00, Arch. 044Grabacion28052025Parte2

³³ Minuto 36:00 a 36:00, Arch. 044Grabacion28052025Parte2

³⁴ Págs. 8 y 10, 006Subsanación

³⁵ Págs. 8, 9, 14, 20, 24, 56, 58, 63, 68, 71, 73, 86, 101, 116, 136, 142, 147, 161 , Arch. 036RespuestaFiduprevisora

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL			
2013-05-15	15:49	andres.lopez - ANDRES FELIPE LOPEZ SANCHEZ		
		MOTIVO DE CONSULTA : HE ESTADO MALUCA		
		ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SII, FIBROMIALGIA E HIPOTIROIDISMO QUIEN ASISTE A CONSULTA DE CONTROL. REFIERE AUMENTO DE INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS EN EL ULTIMO MES. RECIBE TRATAMIENTO CON L TIROXINA X 100 MCG. METOPROLOL X 50 MG TAB CADA 12 HORAS. ACETMONOFEN. ENZIMAS DIGESTIVAS TAB DESPUES DE ALMUERZO Y CENA. PIROXICAM GEL.		
FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL			
2014-10-28	14:10	alberto.gomez - CARLOS ALBERTO GOMEZ DIAZ		
		MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL DE MEDOICAMENTOS		
		ENFERMEDAD ACTUAL : CONDY HIPOTIROIDISMO , S ELE ACABO LOS MEDICAMENTOS RECIUBE TIROXINA 100+125 ALTERNOS , ADEMAS DE DOLOR EN LADS PIERNAS DE VARIOS DIAS , HACE POCO TIEMPO AJUSTE DE LA DOSIS DE TIROXINA , GAQSTRITIS ,ADINAMIA		
DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO		ESTADO	OBSERVACION
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO			
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
R522	OTRO DOLOR CRONICO		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
N72X	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL CUELLO UTERINO		AMBULATORIO	
M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
M436	TORTICOLIS		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
M707	OTRAS BURSITIS DE LA CADERA		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
J040	LARINGITIS AGUDA		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
M791	MIALGIA		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
K760	DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
M542	CERVICALGIA		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO		AMBULATORIO	
K30X	DISPEPSIA		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
M402	OTRAS CIFOSIS Y LAS NO ESPECIFICADAS		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
N872	DISPLASIA CERVICAL SEVERA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE		AMBULATORIO	
B977	PAPILOMAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS		AMBULATORIO	
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	
E780	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA		AMBULATORIO	

A la par, la historia médica de COSMITET LTDA³⁶ revela los siguientes diagnósticos desde noviembre de 2012 hasta noviembre de 2020 (ordenados cronológicamente del más nuevo al más antiguo):

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL			
2020-11-19	15:26	andres.lopez - ANDRES FELIPE LOPEZ SANCHEZ		
		MOTIVO DE CONSULTA : CONSULTA TELEFÓNICA (TELEMEDICINA) POR EMERGENCIA PANDEMIA COVID 19 (CUARENTENA). TX DEPRESIVO - FIBROMIALGIA		
		ENFERMEDAD ACTUAL : MARIA LUISA ES UNA PACIENTE MUJER DE 60 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO, PRESENTANDO CUADRO DE FIBROMIALGIA EN MANEJO CON DULOXETINA. REFIERE AUMENTO DE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS EN LAS ULTIMAS SEMANAS, EN RELACION CON PROBLEMAS FAMILIAR SECUNDARIOS AL CUIDADO DE LA SALUD DE SU MAMA.		
RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO				
FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO			
2020-11-19	15:27	andres.lopez - ANDRES FELIPE LOPEZ SANCHEZ CC: 1128404671 ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL SE INDICA VALORACION POR PSIQUIATRIA.		
INTERCONSULTAS SOLICITADAS				
CARGO	CODIGO DE ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	FECHA/HORA EVOLUCION	ESTADO
890484	024	PSIQUIATRA	19/11/2020 - 15:27:01	N/A
	Observacion	MARIA LUISA ES UNA PACIENTE MUJER DE 60 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO, PRESENTANDO CUADRO DE FIBROMIALGIA EN MANEJO CON DULOXETINA. REFIERE AUMENTO DE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS EN LAS ULTIMAS SEMANAS, EN RELACION CON PROBLEMAS FAMILIAR SECUNDARIOS AL CUIDADO DE LA SALUD DE SU MAMA.		
	Motivo			
	Profesional	ANDRES FELIPE LOPEZ SANCHEZ - MEDICO GENERAL		
	Diagnosticos Presuntivos	SOLICITUD AMBULATORIA PRIMARIO TIPO DX CODIGO DIAGNOSTICO DX 1 ID F329 EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO (ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA (CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO		
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
F329	EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO		AMBULATORIO	ID
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
H104	CONJUNTIVITIS CRONICA		AMBULATORIO	ID
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
D229	NEVO MELANOCITICO SITIO NO ESPECIFICADO		AMBULATORIO	ID
RECOMENDACIONES POR DIAGNOSTICOS DE EGRESO				
CODIGO	DIAGNOSTICO	RECOMENDACIONES		
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	* Haga actividad fisica al menos 30 minutos al dia, al menos 2 veces a la semana.		
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
M797	FIBROMIALGIA		AMBULATORIO	ID
E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO		AMBULATORIO	ID
K589	SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA		AMBULATORIO	ID
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO		SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
M169	COXARTROSIS NO ESPECIFICADA		AMBULATORIO	ID

³⁶ Págs. 253 a 255, 262, 282, 286, 290, 294, 301, 313, 317, 324, 340, 384, 389, 396, 413, 424, 436, 447, 449, 470, 479 y 650, Arch.041HistoriaClínica

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
M797	FIBROMIALGIA	AMBULATORIO	CR
M773	ESPOLON CALCANEOS	AMBULATORIO	CN
M779	ENTESOPATIA NO ESPECIFICADA	AMBULATORIO	CR
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
M797	FIBROMIALGIA	AMBULATORIO	ID
E038	OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	AMBULATORIO	ID
M199	ARTROSIS NO ESPECIFICADA	AMBULATORIO	ID

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
G473	APNEA DEL SUENO	AMBULATORIO	CR
J310	RINITIS CRONICA	AMBULATORIO	CR
J312	FARINGITIS CRONICA	AMBULATORIO	CR
M624	CONTRACTURA MUSCULAR	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	AMBULATORIO	CR
E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	AMBULATORIO	CR
M791	MIALGIA	AMBULATORIO	CN

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
G473	APNEA DEL SUENO	AMBULATORIO	CR
M624	CONTRACTURA MUSCULAR	AMBULATORIO	CN

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
M542	CERVICALGIA	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
G473	APNEA DEL SUENO	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
H931	TINNITUS	AMBULATORIO	CN

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
M791	MIALGIA	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
E669	OBESIDAD NO ESPECIFICADA	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
M790	REUMATISMO NO ESPECIFICADO	AMBULATORIO	ID

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
F329	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	AMBULATORIO	ID
M542	CERVICALGIA	AMBULATORIO	CR

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO	TIPO DIAGNOSTICO
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	AMBULATORIO	CN
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	AMBULATORIO	CR
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	AMBULATORIO	CR

De los apartes recién indicados se extrae que hasta noviembre de 2020 la accionante estaba diagnosticada con múltiples problemas de salud, entre los que destacan fibromialgia³⁷, episodio depresivo no especificado³⁸, hipotiroidismo³⁹, faringitis crónica⁴⁰, hipertensión⁴¹, apnea del sueño⁴² y artrosis⁴³, varios de los cuales fueron las causas de la calificación⁴⁴ de pérdida de la capacidad laboral de la actora en un 66,78%.

En consecuencia, resulta probado que a la fecha de suscripción de la “SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL”⁴⁵, 1° de diciembre de 2020⁴⁶, contrario a lo manifestado en tal documento y en la demanda, la demandante no gozaba de un “*cabal estado de salud*”. Este es el contenido literal de la declaración:

¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?		✓
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		✓
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		✓
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?		✓
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		✓
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:		
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización		

Así las cosas, al contrastar el contenido de la declaración sobre su salud y lo hallado en el historial médico, queda probada la disparidad entre ambas, en particular, respecto de la presencia de los diagnósticos antes resaltados.

Dicho sea de paso, aunque en criterio de MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA⁴⁷ los diagnósticos de fibromialgia y apnea del sueño no corresponden a la realidad, porque se le atribuyeron sin que se hubieren agotado los exámenes pertinentes para su determinación, lo cierto es que ello no está probado, es un dicho; en la historia médica

³⁷ Pág. 317, Arch.041HistoriaClínica
³⁸ Pág. 255, Arch.041HistoriaClínica
³⁹ Pág. 424, Arch.041HistoriaClínica
⁴⁰ Pág. 324, Arch.041HistoriaClínica
⁴¹ Pág. 424, Arch.041HistoriaClínica
⁴² Pág. 650, Arch.041HistoriaClínica
⁴³ Pág. 424, Arch.041HistoriaClínica
⁴⁴ Pág. 692 a 695, Arch.041HistoriaClínica
⁴⁵ Pág. 1, Arch. 012ContestacionDemandaBBVA
⁴⁶ Ibídem.
⁴⁷ Minuto 18:11 a 20:56 y 43:14 a 44:41, Arch. 044Grabacion28052025Parte2

Ahora bien, la demandante insistió en que ella no diligenció dicha declaración, pero lo cierto es que tampoco quedó probado que lo hubiese hecho alguna otra persona. Es cierto que la Representante legal de la aseguradora explicó⁴⁸ que, en ocasiones, esos formularios eran completados por los asesores del Banco mutuante conforme la información proporcionada por los clientes mediante dictado, pero no se admitió que este fuera el caso de la situación específica bajo estudio y, por ende, no puede concluirse que, en efecto, es lo que sucedió y, mucho menos, que lo allí consignado es distinto de lo dicho por la demandante que, si bien explicó que el asesor no le preguntó nada en punto a su estado de salud salvo si era paciente de cáncer⁴⁹, no hay más prueba de ello que su propio dicho.

En ese orden de ideas, puesto que la “SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL”⁵⁰ aparece firmada por MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA; que en dicho documento se establece expresamente que la información allí contenida era veraz y completa y que fue plenamente informada acerca de las consecuencias que podrían acarrear las imprecisiones al respecto y, particularmente, las referidas al estado de salud; y dicha firma no fue desvirtuada, solo puede concluirse que, al firmar, la actora aceptó el contenido de la declaración en cita. Véase:

Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes documentales correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, etnia o otros) sobre mi estado de salud. Sus derechos son los previstos en la Constitución y en los Leyes 1250 de 2008 y 1501 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en este sol'citud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verificadas y excepto que cualquier omisión, inexactitud o falsedad de las mismas, serán ineficaces de acuerdo con el artículo 1058 del Código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio. "Información automática del Seguro". La mora en el pago de la prima o de los garantizados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".

En desarrollo al artículo 34 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, centro de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mis familiares o mis familiares o a BVA Seguros de Vida Colombia S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas, con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que así se solicite, si así llegare a celebrarse.

Marta Luisa Treviño S.
Firma del Solicitante

El/la declarante con las condiciones generales de su póliza está en su disposición, a través de las páginas: www.bvaseguros.com.co o www.bvba.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencie personal y libremente la información contenida en ésta solicitud y autorizo, incluyendo mi estado real de salud, Manifiesto que fui informado sobre los posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencia en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Para: cantanos se firma en Pereira a los 1 días del mes de Diciembre de 2020.

Marta Luisa Treviño S.
Firma Autorizada
BVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.244.882-0

Dirección para formalización: BVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 71 No. 71-50 - aseo P-10 y 16, entre 1911 C y 1912 de la Avenida del Comercio en el Centro. Línea de Atención 0185-003-0202 y en Bogotá 307 8010

Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá DC. Teléfono 34383935, e-mail: informacion.bvba@bvcvital.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2015 - Retenedores de IVA e ICA No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993.

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)					
Tasa	%	Excl. Prima	Anexo ITP	Valor Asegurado	Numero de Obligación
Prima Mensual	%	Periodicidad	Si	No	Vr. Prima Total

Así las cosas, se reitera, no puede acogerse el argumento de la actora en punto a que ella tan sólo se limitó a firmar sin que se le indagara o cuestionara sobre su estado de salud o se le pusiera de presente las consecuencias de la declaración de asegurabilidad, pues ello se contrapone a lo consignado y a la firma impuesta en la solicitud para la expedición de la póliza de seguro, con las que la asegurada asintió

⁵⁰ Pág. 1, Arch. 012ContestacionDemandaBBVA

lo convenido y dio por sentado que había entendido lo pactado; máxime cuando, de manera libre y voluntaria, realizó las declaraciones allí plasmadas, pues no existe elemento de juicio alguno que indique lo contrario o que pruebe que se encontraba limitada por algún factor extraño su consentimiento se vio turbado o nublado. De ahí que se entienda que MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA estuvo de acuerdo con la información consignada en la declaración de asegurabilidad, lo que, de paso, torna intrascendente si los espacios o respectivas casillas fueron diligenciados por el asegurado, el asesor o un tercero, pues, finalmente, con la imposición de la firma se entiende ratificada la información allí consignada.

Y es que, menos acogida tiene ese argumento si se tiene en cuenta que (i) a la asegurada se le puso a su disposición un cuestionario previamente establecido y que tenía precisamente por objeto provocar esa declaración de asegurabilidad. El contenido de dicho formulario, valga decirlo, está compuesto por preguntas claras, comprensibles y precisas; y (ii) la demandante debió, como cualquier ciudadano cauteloso, proceder con un mínimo grado de prudencia y cuidado leerlo, como, en efecto, se colige que lo hizo, y por esa razón impuso su firma; máxime cuando, se insiste, no se informa y menos se prueba que no estuviera en capacidad de hacerlo.

En esa línea de pensamiento, resulta conveniente reiterar que, conforme lo dispone el artículo 1058 del Código de Comercio, 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 la aseguradora. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

Por ello, el artículo 1158 siguiente de esa misma codificación preceptúa 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”*.

Al respecto la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sostenido:

“Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se

sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiriere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. **Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.**

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

(...) 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.**

Sin embargo, el artículo 1058 en cita atenúa ese agravio, porque cuando el silencio o distorsión de la situación son producto de un «error inculpable del tomador» sólo se disminuye el monto a indemnizar, pero eso sí, con la salvedad de que en el «seguro de vida» una vez transcurridos «dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato» deja de aplicarse la reducción por expresa disposición del artículo 1160 ejusdem.

Adicionalmente, contempla dos casos en que la «inexactitud» no es constitutiva de «nulidad relativa» o da lugar a un pago proporcional. En primer lugar, **cuando el asegurador tuvo un enteramiento previo de la realidad o debía saberla.** La otra particularidad es si, con posterioridad al ajuste, éste permite la subsanación de los «vicios de la declaración» o los admite, ya expresamente o de hecho.

Empero, esas salvedades tienen relación con el «conocimiento presuntivo del estado del riesgo» y son inmanentes al deber del asegurador de verificar los datos suministrados por el tomador, **cuando tenga serias dudas de su certeza en vista de que se contradicen con aspectos entendidos por él.**

De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «[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».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cuál es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.⁵¹

Entonces, si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, mal podría, de un lado, imputársele negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro, por aplicación del mandato contenido en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio.

Bajo ese panorama normativo, debe decirse que no siempre el asegurador conoce las circunstancias que pueden influir en la apreciación del riesgo, por eso la correcta información del asegurado constituye el contenido del comportamiento de quienes participan en los tratos preliminares al contrato. No ha de desatenderse que, por lo general, la aseguradora se orienta y decide conforme a lo que la otra parte le ha revelado; aquélla debe confiar en las declaraciones de quien pretende asegurarse.

En la etapa precontractual, quienes participan en ella, recíprocamente deben dar noticia de todo dato trascendente, porque esto ejerce una influencia sobre el consentimiento, como también la ejerce toda

⁵¹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia SC2803-2016 de 4 de marzo de 2016. Ref.: Exp. 05001-31-03-003-2008-00034-01. M.P.: FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ

afirmación de lo que es falso o suministrada con reticencia, lo cual traduce en una infracción al deber general de comportarse de buena fe.

Una información falsa, inexacta o reticente suministrada por el asegurado, vicia el consentimiento del asegurador, porque queda perfeccionado un contrato sobre un riesgo distinto del verdadero; de haber sido informado éste sin reticencias ni falsedades sobre las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo, hubiera preferido no contratar o hacerlo bajo otro contenido negocial. El perfeccionamiento del contrato de seguro depende de la influencia que ejerce la declaración del estado del riesgo que emite quien pretende asegurarse y obtener así un provecho para sus beneficiarios.

El deber de informar participa de la naturaleza de una carga de conducta, porque el asegurador no dispone de un medio de ejecución forzosa de la conducta debida. De ordinario, se realiza por escrito mediante cuestionarios impresos que proporciona el asegurador, cuyo contenido apunta a la exacta representación del riesgo que puede llegar a ser objeto del contrato. A la anterior forma se le ha llamado declaración dirigida del estado del riesgo, en contraposición a la declaración espontánea, que no se perfecciona con sujeción a un cuestionario determinado, sino que se circunscribe a las circunstancias conocidas y relevantes de la apreciación del riesgo a buen criterio del tomador o asegurado.

El contenido del cuestionario suministrado por el asegurador es el elemento orientador sobre cuáles son las circunstancias que, a su juicio, influyen en el riesgo, por ello la confianza que el asegurador deposita en la declaración veraz del asegurado puede ser infringida mediante reticencia y la inexactitud o falsa declaración, fenómenos que producen la misma consecuencia, aunque ontológicamente difieren. La primera se concibe como la omisión en la declaración de las circunstancias relevantes y la segunda como la discordancia entre lo manifestado en la declaración y la realidad. Una y otra vician el consentimiento del asegurador cuyo efecto es la nulidad relativa del seguro (artículo 1058 del Código de Comercio).

Puestas así las cosas, está visto que la deslealtad y omisión del asegurado en no manifestar su estado de salud, en cuanto a los padecimientos de que era víctima años atrás y persistente a la celebración del contrato de seguro, que es precisamente lo sancionable por el legislador indistintamente de que el ocultamiento sea la causa directa del siniestro, configura nulidad relativa de conformidad con lo preceptuado por el artículo 1058 del régimen mercantil, pues repítase, se está en la obligación de declarar sinceramente y, en el caso

presente, como se anotó líneas atrás, MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA no lo hizo, todo lo contrario, dijo estar sana generando una confianza legítima que, a la postre y dada la abstención de la verdad, quebrantó el principio de la buena fe que en su máxima expresión campea en esta clase de asuntos.

Igualmente, es de recalcar que no resulta admisible endilgarle la obligación a la aseguradora de solicitar la historia clínica o exámenes médicos para determinar las condiciones de salud de la asegurada, pues en el expediente no aflora ni un sólo elemento de juicio idóneo que permita concluir que la aseguradora ***“antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los cuales versan los vicios de la declaración”***. Si MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA hubiese informado su anómalo estado de salud y pese a ello la aseguradora no hubiere averiguado realmente cuál era su condición médica, ahí sí ésta no podría excusarse a pagar el siniestro; no obstante, como ello no aconteció o por lo menos acá no se probó, difícil entonces resulta examinar el asunto desde la óptica por la que aboga la parte actora.

Igual es el sentido de la conclusión respecto de la alegación de la demandante sobre la falta de entrega de la póliza y sus condiciones generales, pues, si a pesar de su declaración firmada⁵² de recibo completo de la información correspondiente, se admitiera tal falencia, lo cierto es que ello en nada desvirtuaría el contenido de la declaración del riesgo, que es previo a la expedición de la póliza.

Tampoco cambia en nada la queja de la actora sobre la ausencia de incorporación expresa de las inclusiones en la carátula de la póliza, pues aquí no se evidencia exclusión alguna; el debate se circunscribe a determinar si hubo o no reticencia por declaración imprecisa del riesgo que afecta la validez del contrato, no a si hay alguna patología o evento excluido de cobertura o lo que es lo mismo, un cuestionamiento sobre el alcance del amparo. Son situaciones por completo distintas.

De cara al argumento de la demandante acerca de que debe probarse su mala fe para que se estructure la reticencia, se le recuerda que el inciso segundo del artículo 1058 del Código de Comercio de manera expresa prevé que ***“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.”*** Lo que está modulado es el escenario indicado en el inciso siguiente, cuyo tenor

⁵² Pág. 1, Arch. 012ContestacionDemandaBBVA

literal es “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](#)”, pero aquí no quedó probado que el error fuere inculpable y, de cualquier manera, aun si se aceptara ello, como el dictamen -al que se aludirá de manera más detallada adelante- concluye que si la aseguradora hubiese conocido el riesgo real no habría otorgado la cobertura ITP (incapacidad total permanente) y este es el riesgo sobre el que edifica el siniestro cuya indemnización se exige, tampoco habría lugar a ningún pago aún en este remoto escenario.

En ese orden de ideas, comoquiera que está probado que (i) al 1° de diciembre de 2020 la demandante estaba diagnosticada con sendas patologías en las que destacan fibromialgia⁵³, episodio depresivo no especificado⁵⁴, hipotiroidismo⁵⁵, faringitis crónica⁵⁶, hipertensión⁵⁷, apnea del sueño⁵⁸ y artrosis⁵⁹, se itera, varias de las cuales fueron las causas de la calificación⁶⁰; (ii) ella conocía esos diagnósticos -aunque estuviere en desacuerdo con la idoneidad de algunos de esos-; y (iii) en la declaración de asegurabilidad se indica que MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA no padece ni ha tenido ninguna enfermedad que revista especial riesgo para su salud, en especial, ninguna relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, Epoc, asma, diabetes, hipertensión disfonía, discopatía, para este Despacho queda completamente acreditada la reticencia de la accionante al declarar de manera imprecisa el estado del riesgo (Art. 1058 del Código de Comercio).

Y como el dictamen pericial allegado -que cumple con suficiencia los requisitos del artículo 226 y ss del CGP- indica que, examinada la historia clínica de la actora a la luz de los criterios estadísticos y económicos propios del mercado de seguros⁶¹, se concluye⁶² de manera inequívoca que si BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA hubiese conocido el estado de salud de la demandante las condiciones contractuales del seguro a ella otorgado hubiesen variado al punto que la póliza se hubiere expedido para el amparo de vida con una sobreprima del 150% y no se hubiese cubierto el riesgo ITP y dicha

⁵³ Pág. 317, Arch.041HistoriaClínica

⁵⁴ Pág. 255, Arch.041HistoriaClínica

⁵⁵ Pág. 424, Arch.041HistoriaClínica

⁵⁶ Pág. 324, Arch.041HistoriaClínica

⁵⁷ Pág. 424, Arch.041HistoriaClínica

⁵⁸ Pág. 650, Arch.041HistoriaClínica

⁵⁹ Pág. 424, Arch.041HistoriaClínica

⁶⁰ Pág. 692 a 695, Arch.041HistoriaClínica

⁶¹ Págs. 3 a 16, Arch. 046AportaDictamenPericial

⁶² Pág. 16, Arch. 046AportaDictamenPericial

prueba no fue desvirtuada por ninguna otra, queda acreditado que la reticencia provocó un vicio con la trascendencia para anular relativamente el contrato de seguro vertido en la póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343.

Durante el interrogatorio el perito explicó en detalle el fundamento de sus conclusiones y estas como tal, señalando que de los muchos diagnósticos que presentaba la demandante, algunos de ellos revestían especial importancia en la determinación del riesgo dado el peligro que representaban para su salud. En extenso indicó:

“La razón por la cual todas las aseguradoras preguntan cuál es el estado de salud, es que cuando se van a dar coberturas, como en este caso que es el amparo básico de vida y un amparo adicional de incapacidad total y permanente, la compañía tiene que evaluar las condiciones de salud ¿cómo pueden afectar las tasas de sobrevida de la persona en el caso del amparo básico de vida? ¿Cómo se puede afectar las tasas de sobrevida a un corto, mediano y largo plazo? ¿Qué quiere decir eso?

Esas enfermedades que tenga cualquier persona, voy a generalizar acá, cualquier persona puede tener unas condiciones de salud cuyas patologías pueden afectar en un corto, mediano y largo plazo, la posibilidad de que sobreviva esa persona. Por eso se llaman las tasas de sobrevida.

Entonces, en este caso el síndrome de Apnea obstructiva del sueño es una patología que produce riesgos cardiovasculares muy altos. Es decir, que la persona puede presentar un paro cardíaco, un paro respiratorio fácilmente durante el sueño, porque la apnea lo que produce es una obstrucción de la de la vía aérea y la persona puede fallecer en un momento dado o puede tener alguna consecuencia de orden cardiovascular importante. Esa es esa sola presencia de esa enfermedad. Aumenta el riesgo de muerte en un corto, mediano o largo plazo y eso es lo que califica y eso es lo que se evalúan las compañías de seguros.

Lo mismo pasa con la hipertensión arterial, es una enfermedad crónica que, si bien es cierto, puede estar controlada, que es lo que uno esperaría obviamente como médico es tener su paciente controlado con medicamentos, la hipertensión, ya por si sola, es una patología que, a pesar de estar controlada, es una patología que va aumentando el riesgo cardiovascular. En cualquier momento la persona puede sufrir un infarto, puede sufrir un accidente cerebrovascular, puede sufrir una cardiopatía hipertensiva. Es decir, que se le va agrandando el corazón precisamente por la tensión y, a la postre, llevarlo a una insuficiencia cardíaca congestiva; puede producir un daño renal. Entonces, como son patologías ya instauradas, son patologías que, comparados 2 personas, una que no lo tenga y una que sí la tenga, pues las tasas de sobrevida de esta que no lo tiene son mejores que las tasas de sobrevida de la persona que lo tiene, y eso es lo que se califica.

Lo mismo pasa con, digamos, esas 2 patologías de base. Fueron las que llevaron a que las conclusiones en mi dictamen y las conclusiones a las que llegaría cualquier asegurador, en este caso las Swiss Re o las

estadísticas de la compañía muestran es que, efectivamente, siempre ante estado presencia de estas enfermedades la condición o la indicación es extraprimar en el amparo de vida.

Ahora bien, las otras condiciones, como la fibromialgia. La fibromialgia, es una enfermedad que produce dolores musculoesqueléticos muy fuertes, que produce trastornos del sueño se acompaña también de trastornos del sueño, que es incapacitante porque produce dolores neuromusculares, digamos, diseminados va generando una incapacidad con el tiempo y eso hace que se limite la capacidad laboral. Entonces, nadie se va a morir de fibromialgia a no ser que se le complique con otra enfermedad inmunológica, pero normalmente las personas no fallecen de fibromialgia, lo que si produce la fibromialgia es una pérdida de la capacidad laboral en el tiempo.

Entonces, como estamos calificando amparos de el de vida y el de ITP, pues uno mira cuáles son las enfermedades que más afectan el amparo de vida y cuáles afectan más el amparo de ITP. En este caso la fibromialgia y la artrosis son enfermedades incapacitantes que pueden afectar la pérdida de la capacidad laboral como efectivamente terminó sucediendo. Entonces, eso es lo que uno califique, por eso son más relevantes éstas. No quiere decir que las otras condiciones no las tenga uno en cuenta, a veces uno puede tener... hay enfermedades, pero a la luz de la del amparo de vida o el de ITP, no, no van a afectar en nada, entonces, pues por eso no se no se menciona.”⁶³.

Y sobre la incidencia de dichos diagnósticos en la decisión de asegurabilidad, reiteró la conclusión de su dictamen así:

“[...] Pues básicamente lo que yo hago aquí es comparar primero, también analizar ¿qué hacen los reaseguradores normalmente? ¿qué recomiendan los reaseguradores antes la presencia de estas enfermedades? Muestro también las estadísticas de la compañía frente a diagnósticos similares, cómo calificó la compañía esos casos para para, pues, para poder evidenciar que, efectivamente, hay una coherencia entre la presencia de estas enfermedades y la calificación que a la postre concluimos, o concluyo yo, con que si hubiese conocido estas condiciones de salud, la compañía no la hubiese asegurado bajo un riesgo estándar, sino la hubiese extraprimado, por lo menos en un 150% para el amparo de vida y, bajo ninguna circunstancia, se hubiese otorgado el amparo de incapacidad total y permanente.”⁶⁴

Finalmente, en lo que refiere al argumento de la demandante basado en el inciso tercero del artículo 1058 del Código de Comercio, según el cual “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” y fundamentado en que el recibo de las primas posteriores a la objeción de la reclamación implican una aceptación tácita de la asegurabilidad de la actora indiferentemente

⁶³ Minuto 29:01 a 33:10, Arch. 054Grabacion25082025

⁶⁴ Minuto 33:17 a 34:05, Arch. 054Grabacion25082025

de su estado de salud, su interpretación no es de recibo. Esto, atendiendo a que la póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000032343 cubre el amparo básico⁶⁵ de “muerte por cualquier causa, incluyendo el suicidio y homicidio” y el Anexo de Incapacidad Total y Permanente⁶⁶ y respecto de la primera de las coberturas el dictamen señaló que esta sí se habría otorgado, solo que con extra prima. En otras palabras, no es que la demandada haya tenido por subsanada la declaración imprecisa del riesgo, pues de haberlo hecho, habría satisfecho la solicitud de indemnización, sino que la póliza sigue vigente por el amparo no afectado.

6.2.1. Así prosperan las excepciones de mérito denominadas **“la nulidad del aseguramiento por reticencia del asegurado”, “inexistencia de obligación de practicar exámenes médicos” y “no es necesario probar mala fe para alegar reticencia”**.

6.3. Facultad de retener la prima como pena.

Para examinar este medio de defensa, huelga resaltar que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1059 del Código de Comercio, *“rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”*; en la póliza se indicó expresamente que *“si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del Código de Comercio”*⁶⁷; y aquí media solicitud expresa de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA en tal sentido. Por consiguiente, se autoriza esta última para que retenga los valores que hasta este momento ha pagado la asegurada por concepto de prima de seguro.

6.3.1. En consecuencia, está probada la exceptiva **“Facultad de retener la prima como pena”**.

6.4. Conforme a lo anteriormente expuesto, al lograrse estructurar probatoriamente los efectos de los medios de defensa **“la nulidad del aseguramiento por reticencia del asegurado”, “inexistencia de obligación de practicar exámenes médicos”, “no es necesario probar mala fe para alegar reticencia” y “facultad de retener la prima como pena”**, mismas que conducen a negar la totalidad de las pretensiones aquí formuladas, según lo regulado en el inciso 3° del artículo 282 del CGP, el Despacho se abstendrá de examinar las demás.

⁶⁵ Págs. 2 a 5, Arch. 012ContestacionDemandaBBVA

⁶⁶ Págs. 5 y 6, Arch. 012ContestacionDemandaBBVA

⁶⁷ Pág. 3, Arch. 012ContestacionDemandaBBVA

6.5. De acuerdo con lo anterior, debe declararse la prosperidad de mencionadas excepciones. Correlativamente, se condenará al pago de costas procesales a la parte demandante y a favor de la demandada; como agencias en derecho se fija la suma de **\$4.850.000**, de conformidad con lo previsto en el artículo 366 numeral 4 del CGP.

IV.DECISIÓN:

En mérito de lo anteriormente expuesto, el **JUZGADO CINCUENTA CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR PROBADAS LAS EXCEPCIONES DENOMINADAS *“la nulidad del aseguramiento por reticencia del asegurado”, “inexistencia de obligación de practicar exámenes médicos”, “no es necesario probar mala fe para alegar reticencia” y “facultad de retener la prima como pena”*, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: NEGAR la totalidad de las pretensiones de la demanda de responsabilidad civil contractual promovida por MARÍA LUISA TREJOS GARCÍA en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA.

TERCERO: CONDENAR en costas del presente proceso a la parte demandante y en favor de la parte demandada, se fijan como agencias en derecho la suma de **\$4.850.000** MCte.

CUARTO: Sin lugar a ordenar el levantamiento de medidas cautelares, puesto que ninguna se materializó por el desistimiento⁶⁸ que de ellas hizo el solicitante.

QUINTO: ARCHIVAR las presentes diligencias.

Notifíquese.

La Juez,


ANA LORENA LAZCANO CASTELLANOS
JUZGADO CINCUENTA (50) CIVIL MUNICIPAL
BOGOTÁ

De conformidad con el Artículo 295 del Código General del Proceso, la providencia anterior se notificó por anotación en el Estado No. **149** de hoy **27 de agosto de 2025**, a las 8:00 a.m.

SECRETARIA.

⁶⁸ Arch. 019AutoFijaFecha