

Doctor

EDUARD JAVIER MORA TÉLLEZ

Superintendente Delegado para Funciones Jurisdiccionales

Delegatura para Funciones Jurisdiccionales

Superintendencia Financiera de Colombia

E.S.D.

Referencia: Acción de protección al consumidor financiero

Radicado: 2025040490-018-000

Demandante: Carlos Julio Fuentes

Demandado: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Obrando en calidad de apoderado de la parte demandante dentro del proceso de la referencia acudo respetuosamente a su despacho para descorrer el traslado de los medios exceptivos invocados por la demandada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y procedo a exponer las razones por las que solicito declararlos no probados, así:

1. Cuestión previa

Delanteramente debo decir que no nos pronunciaremos sobre el segundo acápite de excepciones denominado como “excepciones frente a la póliza de seguro vida deudores No. 020266 0000014684” dado que el mismo, como fue enunciado en la demanda, fue objeto de pago entre BANCO BBVA y ASEGURADORA BBVA, es decir, este seguro al tratarse de un desembolso entre entidad aseguradora y entidad financiera sí fue pagado por la compañía de seguros aquí demandada.

2. Frente a las excepciones denominadas “LOS HECHOS CIERTOS NO SON ASEGURABLES Y LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL SEÑOR JULIO FUENTES, ES UN HECHO CIERTO DESDE EL 2013”, y “FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DADO QUE EL EVENTO OCURRIÓ ANTES DE LA ENTRADA EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA”

2.1. Síntesis de las excepciones: aduce la compañía de seguros que el señor CARLOS JULIO FUENTES contaba con una invalidez calificada por Colpensiones con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 50% desde el 30 de enero de 2013 y que este es un hecho anterior a la fecha de inicio de la cobertura del seguro, a saber, 08 de marzo de 2022, por lo que no constituye un riesgo asegurable por tratarse de un hecho cierto

2.2. Problema jurídico: ¿el siniestro por el cual el señor CARLOS JULIO FUENTES reclamó judicial y extrajudicialmente ante la compañía de seguros aquí demandada ocurrió antes del inicio de la vigencia del CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812 como lo afirma la convocada?

2.3. Resolución del problema jurídico y fundamentos:

Afirmamos sin dubitación alguna que el siniestro de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE amparado en el CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812 se configuró el día 21 de abril de 2023 cuando el señor CARLOS JULIO FUENTES fue notificado por aviso del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral DML 4866036 mediante el cual recibió un PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE 63.30%.

Así mismo, sostenemos que la compañía de seguros aquí accionada deliberadamente mantuvo en indeterminación el riesgo que asumió en virtud al CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812 suscrito por mi mandante, como quiera que, se abstuvo de explicar y entregar anticipadamente al asegurado las condiciones del contrato, razón por la cual el señor CARLOS JULIO FUENTES no tuvo manera de conocer la definición de los amparos y mucho menos descifrar a motu proprio que sus antecedentes médicos configuraban lo que ahora en esta instancia su asegurador denomina un hecho cierto no susceptible de constituir un riesgo asegurado.

No se debe olvidar que el contrato de seguro es un contrato de adhesión, según el cual la compañía de seguros como profesional especializado y con estructura técnica, administrativa y financiera es quien prestablece el contenido y alcance de las convenciones o estipulaciones comprendidas en el contrato, sin que el consumidor tenga la opción de negociarlas o cambiarlas. Por ello, los deberes de información y debida diligencia corresponden a la compañía aseguradora siendo a quien asiste la responsabilidad de garantizar que el consumidor tome una decisión de consumo debidamente informado.

Y es que, carece de todo sentido lógico la tesis esbozada por el apoderado de la pasiva, según la cual el señor CARLOS JULIO FUENTES sabiendo de la inexistencia de un riesgo susceptible de ser asegurado dada por un supuesto dictamen de pérdida de capacidad laboral presuntamente expedido muchos años antes de la suscripción del CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812, o como lo denomina la aseguradora “un hecho cierto”, procediera con la suscripción del contrato de seguro para asumir en vano e infructuosamente una erogación y detrimento en su patrimonio por cuenta del pago de la prima pactada en el contrato de seguro.

Ante tal absurdo, basta entonces señalar que, tratándose de la alegación de la existencia de antecedentes previos a la suscripción del contrato de seguro, el legislador ha establecido un único camino, esto es, la defensa de la nulidad relativa. Así lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia (CSJ, Cas. Civil, Sent. Oct. 24/2005, Exp. 9559. M.P. Silvio Fernando Trejos Bueno) que ha sostenido:

“El legislador quiso arropar la falta de lealtad del tomador y su obrar contrario a la buena fe únicamente bajo la sanción de la nulidad relativa, desde el ámbito de la formación del consentimiento, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia 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; así, se observa que tan específica sanción, la nulidad relativa, se produce independiente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos negados u ocultados por el tomador del seguro.

Y puesto que el legislador es autónomo para contemplar los hechos constitutivos de nulidad adscribiéndolos a las especies de la relativa o la absoluta, se impone concluir que por el hecho de que el tomador actúe con dolo, esto es, con la intención positiva de inferir daño al asegurador para lo cual se vale de maniobras engañosas, como la inexactitud y la reticencia pueden serlo, con el fin de obtener el pago de una indemnización que no hubiera obtenido de no haber incurrido en tales actos u omisiones, o que la habría conseguido pero contratando el seguro bajo condiciones más onerosas, no puede afirmarse que se trata de uno de los eventos de causa ilícita.

La norma que se comenta contempló esa hipótesis como un fenómeno que únicamente da lugar a la nulidad relativa, motivo por el cual no es posible bajo la égida del régimen común civil o comercial, deducir la nulidad absoluta.”

De lo anterior se sigue que la aseguradora pretende imponer consecuencias jurídicas distintas a las establecidas por el legislador bajo la envoltura de otras denominaciones, lo que no ha encontrado eco en la jurisprudencia.

De tal forma, contrario a las alegaciones esbozadas por el apoderado de la compañía de seguros accionada, las condiciones en las que se dio la colocación del CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812 dan al traste con los argumentos propuestos por la defensa con los que pretende sustraerse de la obligación indemnizatoria que le asiste ante la realización del siniestro amparado en la póliza pretendiendo alegar a su favor su propia incuria.

Y es que, insistimos, los deberes de información y debida diligencia que en virtud a la ley 1480 de 2011 se entienden incorporados al contrato de seguro, fueron totalmente desconocidos por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. al momento de la colocación del seguro No. 00130323052292330812, pues se abstuvo de entregar o explicar al tomador y asegurado las condiciones en la que quedaría efectuado el pacto aseguratorio y mucho menos explicó y entregó las definiciones de los amparos que hoy se enrostran para alegar injustificadamente ausencia de cobertura.

Sostenemos así que, en ninguna manera las omisiones e incuria en que incurrió deliberadamente BBVA SEGUROS DE VIDA al momento de la colocación del seguro que hoy nos ocupa pueden entenderse en contra del consumidor, muy por el contrario, el presente litigio habrá de resolverse bajo los derroteros del derecho del consumo sin trasladar la falta de diligencia y el desconocimiento de los deberes de información por parte de la entidad aseguradora, en perjuicio del señor CARLOS JULIO FUENTES.

Contrario sensu BBVA SEGUROS DE VIDA se encuentra en la obligación de realizar el pago de la indemnización derivada de la realización del siniestro amparado en la póliza acaecido el día 21 de abril de 2023, a saber, incapacidad total y permanente acreditada por el asegurado mediante Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral DML 4866036 en el que le fue determinada una pérdida de capacidad laboral del 63.30%.

Y los argumentos que enrostra en esta sede judicial no resultan jurídicamente admisibles por cuanto, **NO** cumplió con el deber de información en favor del asegurado-tomador conforme lo consagrado en los artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 y el numeral 7° del artículo 5° de la misma ley, ya que dentro de la contestación de la demanda presentada **NO** obra prueba de haberle informado y explicado de manera integral todo lo concerniente al contrato de seguro de vida grupo como lo son las condiciones, definiciones, exclusiones entre otros, pese a haberse agotado derecho de petición expreso en este sentido.

Respecto de la ausencia del cumplimiento en el deber de información.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 y el numeral 7° del artículo 5° de la misma ley la aseguradora debe demostrar que **entregó y explicó** en forma anticipada al tomador las condiciones del contrato de seguro suscrito por éste. Tal deber **NO** se cumplió respecto del señor CARLOS JULIO FUENTES y por ende la supuesta ausencia de cobertura que atribuye a la existencia de una preexistencia relacionada con un

dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral expedido en el año 2013, aduciendo que el siniestro tal y como se define en las condiciones de la póliza había ocurrido antes de la celebración del contrato de seguro resulta absolutamente ineficaz.

También la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha definido que a la aseguradora le asiste un deber de información propio del principio de uberrima bona fides, deber que BBVA SEGUROS DE VIDA quebrantó cuando deliberadamente se abstuvo de entregar y de explicar anticipadamente al señor CARLOS JULIO FUENTES las condiciones generales del contrato de seguro y demás documentos que forman parte integral de la póliza, y al pretermittir la carga de información y debida diligencia que le asistía frente al mencionado dada su calidad de consumidor financiero y en virtud de la cual debía explicar con suficiencia el sentido y alcance de las condiciones y definiciones relevantes en el contrato de seguro a fin de garantizar una decisión de consumo suficientemente informada por parte del consumidor.

A propósito, la sentencia de segunda instancia de fecha 12 de junio de 2024 proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá dentro del radicado 11001319900320220237101 en el que fungió como demandada la compañía de seguros Axa Colpatria Seguros de Vida S.A. estableció las siguientes reglas de interpretación, de cara a los litigios como el que ocupa la atención de este despacho en esta oportunidad:

Lo que sí ocurrió, es que para el tomador - asegurado, las condiciones que creyó contratar difieren de lo que realmente AXA Colpatria Seguros de Vida S.A., pretendía brindar por falta de la claridad de las condiciones específicas de las contingencias y riesgos realmente asegurados, en tanto que la intermediaria, nunca se los informó a don Rafael, ni mucho menos le fue puesto en conocimiento el clausulado completo y la carátula, induciendo a éste en un error, pues estaba convencido de contar con el cubrimiento de la incapacidad total permanente, tal y como obra en la cotización que sí se le entregó, «que le imposibilite para realizar cualquier ocupación u oficio remunerativo, a consecuencia de lesión orgánica, alteración funcional o enfermedad sufrida o contraída dentro de la vigencia del contrato», excluyéndose los casos de «tentativa de suicidio, o por lesiones causadas deliberadamente a sí mismo por el mismo asegurado».

La información suministrada por las entidades a los consumidores financieros tiene por objetivo fundamental equilibrar la situación de indefensión en la que normalmente se encuentra el usuario, empoderándolo en el conocimiento y ejercicio efectivo de sus derechos. Se espera entonces que la información otorgada, (i) dote a los consumidores financieros de elementos y herramientas suficientes para la toma de decisiones; (ii) facilite la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado, y (iii) propenda por que conozcan suficientemente los derechos y obligaciones pactadas.

En suma, el acceso completo, veraz y oportuno a la información -que es una condición elemental, inherente a toda actividad de consumo - adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios.

Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales. Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias».

Al respecto, también señaló la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC13985-2022, fecha 19 de octubre de 2022, magistrado ponente Francisco Ternera Barrios, radicación N° 11001-22-03-000-2022-01902-01:

*Pasó después a hacer alusión a diversos aspectos relativos al contrato de seguro, así como al régimen especial de protección que cobija al consumidor en tal ámbito **y a las obligaciones reforzadas de información establecidas en cabeza de la aseguradora** y, con base en ello, precisó:*

Atendiendo que la señora Beatriz Arroyave manifestó que desde que tomó las tarjetas de crédito no supo que fue vinculada al contrato de seguro de vida deudor tomado por el Banco de Occidente para sus tarjetahabientes, no conoció las condiciones de dicho contrato de seguro desde la vinculación y no recuerda qué documentos firmó para la vinculación. Así lo afirmó (...) desde la interposición de la acción, y para efectos de lo particular y establecer las manifestaciones de la misma, de oficio se requirió a la aseguradora demandada para que aportara el expediente íntegro (...) de la expedición de la póliza en su totalidad y constancias de entrega (...) a la señora Arroyave, y frente a esto se hizo el requerimiento y hubo respuesta (...), sin embargo no se evidenció la constancia de entrega de la información correspondiente al contrato de seguro de vida deudor objeto del litigio, ni siquiera se aportó la información brindada a la asegurada (...) respecto del cambio de aseguradora [refiriéndose a Chubb Seguros Colombia S.A.] (...) en diciembre de 2012, tampoco se allegó declaración de asegurabilidad que fuese diligenciada por la señora Arroyave para vincularse a la póliza de vida (...).

*Visto lo anterior, se ha demostrado para el presente caso que **la aseguradora no demostró su cumplimiento del deber de información**, situación relevante para la resolución de fondo de esta controversia toda vez que la demandante conoció las condiciones del contrato de seguro cuando buscó información en la entidad financiera (...) con base en su diagnóstico (...) de pérdida de la visión desde enero de 2020, lo cual de entrada conlleva es a que la excepción que propuso la aseguradora y que denominó “cumplimiento de las obligaciones a cargo de la aseguradora” no esté llamada a prosperar...*

Remembramos en el mismo sentido, la Sentencia SL015-2025 de fecha 22 de enero de 2025 Radicación N°. 73168-31-03-001-2013-00023-01 magistrado ponente DONALD JOSÉ DIX PONNEFZ:

Pero esas exclusiones, de acuerdo con la misma Corporación, tienen unas condiciones que se resumen en la transparencia y la diligencia, al punto que aparezcan claros para el tomador, en este caso el empleador. A propósito, la jurisprudencia civil indica:

(...) debe tenerse presente que la incorporación de exclusiones en el contrato de seguro está regida, entre otros, por los principios de debida diligencia y transparencia e información cierta, suficiente y oportuna, contemplados en la Ley 1328 de 2009, en los literales a y c de su artículo 3º, que guardan correspondencia con los artículos 5 y 6, ibidem, que en sus literales b y c, respectivamente, consagran la información como uno de los derechos del consumidor financiero y como una de las obligaciones a cargo de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia; reforzadas con el «contenido mínimo de la información al consumidor financiero», establecido en el artículo 9º, ídem, y la obligación de notificar previamente cualquier modificación contractual, en los términos del artículo 10, ejusdem; sin perjuicio de las «prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros», relacionadas en el artículo 6 de la misma normativa.

Protección además patentizada en la prohibición contenida en el artículo 11, ibidem, encaminada a impedir que se incorporen estipulaciones abusivas en los contratos de adhesión, como lo es el de seguro, en concordancia con el artículo 42 de la Ley 1480 de 2011, que proscribe las cláusulas abusivas, por producir desequilibrio injustificado en perjuicio del consumidor, sancionándolas con la ineficacia de pleno derecho, en los casos descritos en su artículo 43.

Con igual orientación, el Decreto 663 de 1993, en sus artículos 100 y 184, referentes a condiciones de las pólizas, trae disposiciones encaminadas a exigir a las compañías aseguradoras suministrar información real sobre los límites de cobertura en el contrato de seguro; todo «con sustento en que esa información, que tiene suma relevancia para el tomador, debe ser conocida por este o, al menos, estar a su alcance, de modo que logre ser identificada y comprendida por el asegurado, para así evitar, por un lado, que este se pueda excusar de no haberla conocido y, por otro, que la aseguradora sorpresivamente saque a relucir aspectos previstos de forma inconexa, aislada y, por tanto, que no fueron fácilmente perceptibles a la otra parte de la relación aseguraticia». (CSJ SC276-2023, rad. 2018-01217-02).

Y por mandato legal, las exclusiones «deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza», en armonía con el numeral 3 del artículo 44 de la Ley 45 de 1990, texto literalmente reproducido por el literal c) del numeral 2 del artículo 184 del Decreto 663 de 1993, estatuto que, en el literal a) del numeral 2 de ese mismo canon, preceptúa que el contenido de las pólizas «debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva»; (CSJ SC491-2023, citada)

Lo propio también en Sentencia del 19 de diciembre de 2023 radicado 110013199003-2021-02866-01 que al resolver la apelación interpuesta en contra de esta Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales sostuvo:

“Tal relato permite colegir que, respecto al correo electrónico de 16 de enero de 2020, lo más probable es que no fuese leído por Tascón Acevedo; sin embargo, esa eventualidad no permite aseverar que los hipervínculos que le fueron suministrados para conocer el contenido de las exclusiones funcionaran adecuadamente, pues como viene de verse, no lo confesó la asegurada. Por ende, tal circunstancia debió probarla la encausada y se abstuvo de hacerlo. De allí que no pueda concluirse que este elemento de juicio fue equivocadamente apreciado.

Pero si, en cualquier caso, se dijera que ella sí recibió el correo con las condiciones generales, la conclusión sería la misma porque la ley del consumidor exige que las exclusiones sean “explicadas” por lo que no bastaría remitirlas, sobre todo si se trataba de una exclusión referida a una modalidad de cáncer, incluido como enfermedad, de manera general, dentro de los amparos.

A su vez la Corte Constitucional ha acogido el criterio jurisprudencial que aquí sostenemos, ejemplo de ello es la Sentencia T-136 de 2013 de la Corte Constitucional:

La información suministrada por las entidades a los consumidores financieros tiene por objetivo fundamental equilibrar la situación de indefensión en la que normalmente se encuentra el usuario, empoderándolo en el conocimiento y ejercicio efectivo de sus derechos. Se espera entonces que la información otorgada, (i) dote a los consumidores financieros de elementos y herramientas suficientes para la toma de decisiones; (ii) facilite la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado, y (iii) propenda por que conozcan suficientemente los derechos y obligaciones pactadas[66].

Los siguientes son los requisitos mínimos que, de acuerdo con la normatividad vigente[67], ha de satisfacer la información suministrada por las entidades financieras para cumplir con su imperioso cometido:

- a) **Ser cierta, suficiente, idónea y corresponder a lo ofrecido o previamente publicitado. En este sentido, contener las características de los productos o servicios, los derechos y obligaciones, las condiciones,** las tarifas o precios y la forma para determinarlos, las medidas para el manejo seguro del producto o servicio, las consecuencias derivadas del incumplimiento del contrato.
- b) Ser clara y comprensible[68].
- c) Ser divulgada o suministrada oportunamente.
- d) Ser entregada o estar permanentemente disponible para los consumidores financieros.

(...)

En suma, el acceso completo, veraz y oportuno a la información -que es una condición elemental, inherente a toda actividad de consumo[72]- adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el

mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios.

Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales. Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias».

Deviene útil recordar que el hilo sistemático a través del cual se teje el régimen de protección al consumidor financiero consagra expresamente las reglas de protección que rigen las relaciones entre aseguradoras y usuarios consagrando estrictas prerrogativas de los consumidores financieros que en todo tiempo deben ser garantizadas por las entidades financieras vigiladas, lo propio se aprecia en la Ley 1328 de 2009 que en su artículo 5° ordena:

Artículo 5°. Derechos de los consumidores financieros. Sin perjuicio de los derechos consagrados en otras disposiciones legales vigentes, los consumidores financieros tendrán, durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada, los siguientes derechos:

a) En desarrollo del principio de debida diligencia, los consumidores financieros tienen el derecho de recibir de parte de las entidades vigiladas productos y servicios con estándares de seguridad y calidad, de acuerdo con las condiciones ofrecidas y las obligaciones asumidas por las entidades vigiladas.

b) **Tener a su disposición, en los términos establecidos en la presente ley y en las demás disposiciones de carácter especial, publicidad e información transparente, clara, veraz, oportuna y verificable, sobre las características propias de los productos o servicios ofrecidos y/o suministrados. En particular, la información suministrada por la respectiva entidad deberá ser de tal que permita y facilite su comparación y comprensión frente a los diferentes productos y servicios ofrecidos en el mercado.**

c) Exigir la debida diligencia en la prestación del servicio por parte de las entidades vigiladas.

d) **Recibir una adecuada educación respecto de las diferentes formas de instrumentar los productos y servicios ofrecidos, sus derechos y obligaciones,** así como los costos que se generan sobre los mismos, los mercados y tipo de actividad que desarrollan las entidades vigiladas así como sobre los diversos mecanismos de protección establecidos para la defensa de sus derechos.

(...)

De forma que, el régimen de protección al consumidor es expedito en ordenar que las obligaciones de información y debida diligencia **deben garantizarse frente a los consumidores financieros**, así mismo, el desarrollo jurisprudencial ha sido suficientemente dicente respecto a quiénes son consumidores financieros indicando que esta calidad la merece tanto el tomador como el asegurado del amparo, entre otras, la Sentencia del 19 de diciembre de 2023 radicado 110013199003-2021-02866-01 proferida por la Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá:

“El consumidor financiero es Natalia María Tascón Acevedo, por ser la asegurada y quien debía tener a su alcance la información idónea para tomar una decisión de consumo (...) A pesar de ello, permanece incólume el hecho de que no se demostró que a Tascón Acevedo se le dieron a conocer las particularidades del contrato de seguro.

En ese orden, no cabe duda que la pasiva incumplió el deber de información respecto de la consumidora, motivo por el que fracasan en integridad los reparos invocados por aquella.”

De lo cual se sigue que las obligaciones consagradas en el artículo 37 del Estatuto del Consumidor debieron ser cumplidas frente al asegurado CARLOS JULIO FUENTES y, demostrado como está el incumplimiento de tales obligaciones, **NO** puede realizarse una interpretación perjudicial en contra del mismo, pues BBVA SEGUROS DE VIDA aquí demandada **NO** garantizó que el asegurado estuviera lo suficiente y debidamente informado para tomar una decisión de consumo, lo cual no puede significar un desmedro para mi mandante que es la parte débil de la relación contractual.

Respecto a las reglas de conducta y obligaciones legales que les asiste a las compañías de seguros como entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera en cuanto al proveer información cierta, suficiente, clara y oportuna a los consumidores financieros, también el artículo 72 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero modificado por el canon 12 de la Ley 795 de 2003 dispuso la siguiente regla:

“Las entidades vigiladas, sus administradores, directores, representantes legales, revisores fiscales y funcionarios, deben obrar no sólo dentro del marco de la ley sino dentro del principio de la buena fe y de servicio al interés público de conformidad con el artículo 335 de la Constitución Política, para lo cual tienen la obligación legal de abstenerse de realizar las siguientes conductas: (...) f) No suministrar la información razonable o adecuada que a juicio de la Superintendencia Financiera deba entregarse al PÚBLICO, A LOS USUARIOS O A LOS CLIENTES de las entidades vigiladas para que éstos puedan tomar decisiones debidamente informadas y puedan conocer cabalmente el alcance de sus derechos y obligaciones en las relaciones contractuales que los vinculan o puedan llegar a vincular con aquellas;”

Con tal panorama, reiteramos, la compañía de seguros aquí convocada faltó a su obligación de proveer información cierta, suficiente, clara y oportuna al consumidor financiero, de lo

que deviene palmario que se le impidió al señor CARLOS JULIO FUENTES adoptar una decisión de consumo informada y comprender el alcance y significado de los riesgos, amparos y coberturas objeto del contrato, desconocimiento que pese a su incuria BBVA SEGUROS DE VIDA alega en perjuicio de mi mandante, conducta contraria a lo expresamente reglado en el estatuto del consumidor que en tratándose de contratos de adhesión, como en efecto lo es el contrato de seguro, ordenó el cumplimiento de los siguientes requisitos:

Artículo 37. *Condiciones negociales generales y de los contratos de adhesión. Las Condiciones Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:*

1. **Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales.** *En los contratos se utilizará el idioma castellano.*

2. *Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, **claras** y completas.*

3. *En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, **En los contratos de seguros, el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.***

Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo.

Con lo cual también a su vez se vulnera los principios que constituyen el marco rector del régimen de protección al consumidor financiero definidos en el artículo 3° de la Ley 1328 de 2009, así:

Artículo 3°. *Principios. Se establecen como principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, los siguientes:*

a) **Debida Diligencia.** *Las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia **deben emplear la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, a fin de que estos reciban la información y/o la atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones. En tal sentido, las relaciones entre las entidades vigiladas y los consumidores financieros deberán desarrollarse de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas.** Las entidades vigiladas deberán observar las instrucciones que imparta la Superintendencia Financiera de Colombia en materia de seguridad y calidad en los distintos canales de distribución de servicios financieros.*

(...)

c) Transparencia e información cierta, suficiente y oportuna. Las entidades vigiladas deberán suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas.

(...)

f) Educación para el consumidor financiero. Las entidades vigiladas, las asociaciones gremiales, las asociaciones de consumidores, las instituciones públicas que realizan la intervención y supervisión en el sector financiero, así como los organismos de autorregulación, procurarán una adecuada educación de los consumidores financieros respecto de los productos y servicios financieros que ofrecen las entidades vigiladas, de la naturaleza de los mercados en los que actúan, de las instituciones autorizadas para prestarlos, así como de los diferentes mecanismos establecidos para la defensa de sus derechos.

Concluimos con claridad que, no se permite dar un alcance superficial al deber de información, es decir, **NO** basta con la mera entrega del clausulado o condicionado general y la póliza, además, se debe explicar de manera clara, completa, veraz y oportuna, toda la información concerniente a los contratos de seguro, en especial las condiciones. En cualquier caso, en aseguradora demandada **NO** demostró ni probó el cumplimiento de ninguna de tales obligaciones, pues **NO** obra prueba en el plenario que permita colegir la entrega de las condiciones generales del CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812, ni mucho menos su explicación al asegurado, por lo que reiteramos nuestra afirmación de que **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. jamás entregó ni explicó al señor CARLOS JULIO FUENTES las condiciones del seguro.**

3. Frente a la excepción denominada “PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO, ART 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO”

Aduce la compañía de seguros que la prescripción debe contarse desde el nacimiento de la póliza. Dicha consideración es abiertamente improcedente, por cuanto la única acción que inicia a contar el término desde la suscripción del contrato de seguro es el de la “nulidad relativa del contrato” a cargo de la aseguradora lo que no ocurre en el sub examine.

Si en gracia de discusión se aceptara la fecha de suscripción de la póliza como el punto de inicio para el conteo del término prescriptivo para el ejercicio de la acción derivada del contrato de seguro, tampoco la excepción propuesta tendría asidero por cuanto operó la interrupción de la prescripción con la formulación de la reclamación efectuada el día 5 de mayo de 2023. De lo que deviene que la acción ejercida a través del presente mecanismo de protección al consumidor se ejerció en tiempo.

4. Frente a las excepciones denominadas “NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO”, “INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL”, “LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO”, “BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENAL COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO”

4.1. Síntesis de las excepciones: En estas excepciones el demandado pretende desconocer todas las cargas exigidas por la jurisprudencia para acreditar la nulidad por reticencia, pretendiendo que baste con su mera alegación.

4.2. Problema jurídico: ¿la compañía de seguros demandada cumplió con la carga que le asiste de probar la reticencia o inexactitud del asegurado y su trascendencia a efectos de pactar condiciones más onerosas para el asegurado o retraerse de celebrar el contrato de seguro?

4.3. Resolución del problema jurídico y fundamentos:

Sobre los requisitos exigidos y que pretende echar de menos la demandada se ha pronunciado en contraposición el Tribunal Superior de Bogotá, la Corte Suprema y la Corte Constitucional. La primera de estas corporaciones en sentencia Bogotá D.C., primero (01) de junio de dos mil veintitrés (2023) MAGISTRADO PONENTE: JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO RADICACIÓN: 11001-31-03-015-2018-00127-01 PROCESO: VERBAL DEMANDANTE: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S. A. DEMANDADO: ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELÁSQUEZ ASUNTO: IMPUGNACIÓN SENTENCIA

3. Asimismo, huelga relieves que la Sala de Casación Civil, en sentencia SC3791-2021, 2 atinente a la reticencia, sostuvo que “(...) haciendo una lectura del precepto [1058 del Código de Comercio], ha venido siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, (...) construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, (...) la buena fe también cubre a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la uberrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida 3. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecuencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el

sinistro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. (...) sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión.” (Resaltado Propio). 4. Partiendo, entonces, de los lineamientos jurisprudenciales descritos en párrafos antecedentes - que van en la misma orientación de los precedentes de la Corte Constitucional⁴ bien pronto se anticipa la confirmatoria de la decisión confutada, dado que, en el caso bajo escrutinio, no aparece acreditada la mala fe que el tomador pudo haber tenido al ocultar su real condición de su salud, al momento de efectuar las declaraciones del riesgo

De cara al artículo 1058 del Código de Comercio el órgano de cierre de la justicia civil ha definido reglas de interpretación bajo las cuales debe entenderse y aplicarse esta disposición normativa, dentro de las cuales se encuentran los denominados deberes de conducta frente a la buena fe que rige la actividad aseguraticia. Al respecto rememoró la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC167-2023, de fecha 11 de julio de 2023, magistrado ponente Martha Patricia Guzmán Álvarez, radicación N° 760013103017 2019 00025 01:

*4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil¹; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución²; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado³; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, **siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador**; (vi) **la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora**; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento⁴; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) **si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó**⁵; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) **las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente**⁶.*

4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) **la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual;** (ii) **debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo;** (iii) **no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador...**

4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) **el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo;** (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) **omite adelantarlas.**

4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presunto no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, **sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer...**

(...)

En este punto, se destaca, por su mayor claridad, la exposición sobre el tópico contenida en la sentencia SC de 11 de abril de 2002, Exp. 6825, donde se acotó que:

«Como se ve, al lado de la protección que la ley brinda al asegurador cuando sanciona con la nulidad del seguro las declaraciones viciosas que le impidieron conocer el real estado del riesgo, **le exige que sea diligente, que use de esos especiales conocimientos que debe de tener en razón de ser un profesional, a fin de percatarse del real estado del riesgo,** lo cual conlleva en muchas ocasiones un análisis de delicado equilibrio por parte del juzgador a efectos de que no quede en letra muerta la sanción de la nulidad relativa por reticencias so pretexto de que el asegurador no indagó por sí mismo por el real estado del riesgo, pues ésta no es obligación que la ley le imponga, sino deber profesional que es dable sopesar en cada caso, mediante un análisis obviamente posterior, **pero en el cual el juzgador debe mentalmente ubicarse antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, a fin de verificar cómo debió haber actuado el asegurador frente al riesgo que se le propuso asumir.** De allí que la Corte, en reciente ocasión haya señalado que “le corresponde al intérprete del seguro, en particular al juzgador del contrato, evaluar cuidadosa y racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial a lo largo del iter contractual, con el propósito de establecer en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstancias determinantes del estado del riesgo. Y en segundo término, sólo en caso de que sea conducente, si no obstante existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador conoció o debió conocer –por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron de apoyatura, todo sin perjuicio del tópico de la carga de la prueba» (Sentencia del 2 de agosto de 2001, Exp. 6146)

En igual sentido, la misma Corporación reiteró en sentencia STC484-2023, fecha 25 de enero de 2023, magistrado ponente Octavio Augusto Tejeiro Duque, radicación N° 41001-22-14-000-2022-00227-01:

Ahora, como lo advirtió el Tribunal de Neiva, en la sentencia SC3791-2021, siguiendo los derroteros de la Corte Constitucional¹, se sostuvo que:

“De tal modo que en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fe son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete.”

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.”

Sin embargo, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva dejó de lado dichas pautas, al desatar la apelación del fallo desestimatorio de primera instancia. Aunque hizo alusión a los mencionados lineamientos jurisprudenciales, no los aplicó.

En ese sentido la Corte Constitucional en sentencia T-344 de 2024

92. En efecto, dado que la reticencia solo existirá cuando la aseguradora, a pesar del cumplimiento de su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos¹¹⁹, no podrá oponerse al pago de la póliza, “como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”¹²⁰, cuando (i) ha conocido o debido conocer los hechos que aluden a los vicios de la declaración¹²¹, como en aquellos eventos en los que se abstuvo de comprobar el estado de salud al momento de tomar el seguro¹²², “renuncia a efectuar valoraciones una vez es enterado de posibles anomalías, o deja de auscultar, pudiendo hacerlo”¹²³; o (ii) de haber conocido los hechos y no haberlos puesto de presente para modificar las condiciones del contrato, “los subsan[a] mediante su aceptación expresa o tácita”¹²⁴, lo que ocurre cuando, en el marco de una relación contractual en la que se ha renovado la póliza, el asegurado ha efectuado reclamaciones previas y, pese a ello, la aseguradora decide renovar el seguro, conocedora de los antecedentes que dieron lugar a la petición¹²⁵. 93. En otras palabras, tal como lo sostuvo la Corte en Sentencia T-025 de 2024, la aseguradora “tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad¹²⁶. Este deber está fundado en que “la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y en la etapa precontractual”¹²⁷. En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocía sobre los vicios de la declaración (vgr. preexistencias que no fueron informadas u otro tipo falsedades) por el tomador y, por lo tanto, está imposibilitada para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato. Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el conocimiento presunto o presuntivo del estado del riesgo o los vicios de la declaración¹²⁸”. 94. Justamente,

en atención al carácter de tracto sucesivo del contrato de seguro, por el cual “las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, [sino que] se desenvuelven continuamente hasta que terminan”¹²⁹, el deber de diligencia de las aseguradoras se maximiza en presencia de una relación contractual amplia, caracterizada por la existencia de un vínculo que se ha renovado periódicamente o en el que se han efectuado reclamaciones previas. En estos eventos, la aseguradora “no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro”¹³⁰, ni aducir que “el adquirente ha actuado de mala fe, ocultando el estado del riesgo o ha sido negligente al manifestar las condiciones preguntadas por la aseguradora para determinar el estado del riesgo” ¹³¹, con el fin de evadir el pago del seguro¹³². De esta forma, se evita que una de las partes celebre el contrato sin la voluntad real de cumplirlo en el futuro¹³³, y que, en especial, en los contratos de seguro, tiene como causa la existencia de información asimétrica, un supuesto común de falla de mercado¹³⁴.

De forma **NO** procede la aplicación de la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud ya que la compañía de seguros actuó con desconocimiento del postulado de uberrima bona fides y **NO** se comportó como un profesional diligente durante el iter contractual, al incurrir en omisiones deliberadas en perjuicio del tomador y asegurado, pues pretermitió los deberes que le asisten dada su condición de entidad técnica y especializada con capacidad económica y estructura administrativa suficientes para ejecutar las acciones necesarias y pertinentes a fin de conocer el real estado del riesgo que se proponía asumir, aplazando tal potestad/deber hasta cuando se configuró el siniestro y el asegurado reclamó la afectación de la póliza.

Ahora bien, de cara a las manifestaciones realizadas por la compañía de seguros sobre la supuesta declaración de asegurabilidad reiteraos que la misma no constituye cuestionario dirigido a conocer el estado de salud o condición médica del asegurado, ni a indagar sobre el estado del riesgo a fin de conocer posibles preexistencias.

Así mismo, al señor CARLOS JULIO FUENTES no le fue indicado cuestionario o pregunta alguna relacionada con su condición médica, estado de salud, preexistencias ni ninguna otra de tipo médico, ni en relación con la historia clínica y tratamientos médicos de mi mandante, que debiera absolver o diligenciar para la formalización del CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812, por lo cual no se admite que una vez configurado el siniestro se enrostre descaradamente supuestas inexactitudes y falsedades por parte de mi mandante, pues sin aportar medio de convicción o prueba alguna afirma que el señor Carlos julio fuentes negó la existencia de todas sus patologías ante la aseguradora, afirmación absolutamente alejada de la realidad y carente de sustento.

De tal forma, sostenemos que debe declararse no probada la excepción propuesta y que no puede aplicarse la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro dispuesta en el artículo 1058 del Código de Comercio, debido a que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no probó ni demostró ninguna de las condiciones necesarias para que, de conformidad con las reglas decantadas jurisprudencialmente, proceda la aplicación de la nulidad por reticencia en perjuicio del asegurado, a saber:

1. No está demostrado que el tomador asegurado diligenciara cuestionario alguno propuesto por el asegurador para la declaración del estado del riesgo – En cualquier caso, **NO** basta que el asegurador se conforme con la declaración de asegurabilidad debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo.

2. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. **NO** demostró que de haber conocido el real estado de salud de CARLOS JULIO FUENTES se habría retraído de celebrar el contrato de seguro o celebrado en condiciones más onerosas.
3. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. antes de celebrar el contrato de seguro pudo y debió conocer el real estado del riesgo para retraerse de celebrarlo o contratarlo en condiciones más onerosas para el asegurado – su inactividad y falta de diligencia deriva en la subsanación de las irregularidades e inexactitudes del riesgo contratado.

5. Frente a la excepción subsidiaria denominada “PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR”

Indica el abogado de la entidad demanda que “En el caso concreto, de acreditarse en el transcurso del proceso un tiempo mayor a (1) año contado a partir de la terminación del contrato, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones de protección al consumidor”.

Esta excepción debe ser rechazada por contener una expresión genérica que no cumple con lo exigido por el artículo 96 del CGP según el cual la contestación de la demanda debe contener las “excepciones de mérito que se quieran proponer contra las pretensiones del demandante, **con expresión de su fundamento fáctico” presupuesto que no se cumple en el caso dado que no indica cuales son las razones por las cuales pide esa prescripción.**

6. PETICIÓN

En virtud de lo aquí expuesto, solicitamos respetuosamente que se declaren **NO** probadas las excepciones propuestas, por no haberse acreditado en juicio, por contrariar los hechos probados y por carecer de fundamento jurídico conforme al análisis precedente.

7. PRUEBAS QUE SE SOLICITAN CON EL PRESENTE DESCORRER

Exhibición de documentos:

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 265 y subsiguientes del Código General del Proceso y teniendo en cuenta que se cumplió la condición definida en el numeral 10° del artículo 78 y artículo 173 inciso 2° de la misma codificación solicito a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para que a través de su representante legal exhiba los documentos que a continuación se relacionan por encontrarse en su poder, toda vez que fueron solicitados a través de derecho de petición sin ser suministrados por dicha entidad, a fin de que el despacho, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 3° del artículo 265 ibidem ordene su reproducción para efectos de incorporación:

1. Manual de Procedimientos aplicable a los procesos contractuales de uso de red [en los términos del artículo 5° de la ley 389 de 1997], o el documento que haga sus veces certificando la fecha de entrada en vigencia del mismo, junto con sus prorrogas y/o modificaciones.
2. Manual de Procedimientos aplicable a los procesos de Bancaseguros, o el documento que haga sus veces, vigente al momento en que el señor CARLOS JULIO FUENTES suscribió el CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL

INDIVIDUAL No. 00130323052292330812 de esta aseguradora junto con sus prorrogas y/o modificaciones.

Hecho que se pretende demostrar: La existencia de un vínculo jurídico de tipo comercial y contractual entre BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA COLOMBIA en virtud al cual la compañía de seguros puede comercializar y distribuir sus productos o contratos de seguro a través de la red y estructura de la entidad bancaria, como en efecto ocurrió con la colocación del CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812.

El vínculo jurídico de tipo comercial y contractual que se pretende demostrar impone a la compañía de seguros demandada especiales reglas, deberes de conducta y obligaciones contractuales y supracontractuales que le correspondía cumplir frente al señor Carlos julio fuentes en calidad de tomador y asegurado al momento de la colocación del CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812, las cuales se vieron incumplidas en perjuicio de mi mandante, a quien no le fue permitido tomar una decisión de consumo debida y suficientemente informada.

Afirmación: En virtud al artículo 5° de la ley 389 de 1997 BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. está llamada a suscribir contrato remunerado para la utilización de la red de los establecimientos de crédito para la promoción y gestión de sus productos financieros tales como los contratos de seguro. Por tanto, afirmamos que los documentos se encuentran en su poder y bajo su custodia, ya que por disposición legal está llamada a conservarlos.

8. Anexos:

- Derecho de petición de información formulado ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y el soporte Gmail de su envío electrónico.
- Sentencia del primero (01) de junio de dos mil veintitrés (2023) MAGISTRADO PONENTE: JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO RADICACIÓN: 11001-31-03-015-2018-00127-01 PROCESO: VERBAL DEMANDANTE: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S. A. DEMANDADO: ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELÁSQUEZ ASUNTO: IMPUGNACIÓN SENTENCIA – proferida por el Tribunal Superior de Bogotá.

Atentamente,



EVER FERNEY PINEDA VILLAMIZAR
C.C. No. 1.090.465.806 de Cúcuta
T.P. No. 266.664 del C.S. de la J.
N.R.



Ever Pineda <litigioconsultoriacucuta@gmail.com>

Derecho de petición de información - BBVA Seguros de Vida Colombia - Carlos Julio Fuentes

1 mensaje

Ever Pineda <litigioconsultoriacucuta@gmail.com>

2 de septiembre de 2025, 4:19 p.m.

Para: judicialesseguros@bbva.com, clientes@bbvaseguros.com.co

Señores
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
E. S. D.

Actuando en calidad de apoderado del señor CARLOS JULIO FUENTES dentro de la acción de protección al consumidor que cursa en la Delegatura de Acciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia bajo radicado 2025040490-018-000 de forma respetuosa acudo ante su despacho, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y la ley 1755 de 2015 para presentar el derecho de petición adjunto al presente correo.

Atentamente,

Ever Ferney Pineda V
Director Litigio & Consultoría
www.lycabogadosasociados.com
N.R.



Petición - Carlos Julio Fuentes.pdf
535K

Señores

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

E.

S.

D.

Actuando en calidad de apoderado del señor CARLOS JULIO FUENTES dentro de la acción de protección al consumidor que cursa en la Delegatura de Acciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia bajo radicado 2025040490-018-000 de forma respetuosa acudimos ante su despacho, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y la ley 1755 de 2015 para efectuar las siguientes

PETICIONES

PRIMERA: Expedir copia del Manual de Procedimientos aplicable a los procesos contractuales de uso de red [en los términos del artículo 5° de la ley 389 de 1997], o el documento que haga sus veces certificando la fecha de entrada en vigencia del mismo, junto con sus prorrogas y/o modificaciones.

En caso de no contar con dicha documentación certificar la inexistencia de ésta.

SEGUNDA: Expedir copia del Manual de Procedimientos aplicable a los procesos de Bancaseguros, o el documento que haga sus veces, vigente al momento en que el señor CARLOS JULIO FUENTES suscribió el CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812 de esta aseguradora junto con sus prorrogas y/o modificaciones.

En caso de no contar con dicha documentación certificar la inexistencia de ésta.

HECHOS

PRIMERO: El día 08 de marzo de 2023 señor CARLOS JULIO FUENTES contrató el CONTRATO DE SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL No. 00130323052292330812 expedido por esta compañía de seguros.

SEGUNDO: El señor CARLOS JULIO FUENTES confirió poder al suscrito para el ejercicio de la acción de protección al consumidor financiero a fin de hacer efectiva la póliza de seguro No. 00130323052292330812 ante la realización del siniestro amparado en la misma.

TERCERO: La presente solicitud se realiza de conformidad con lo dispuesto en el numeral 10° del artículo 78 e inciso 2° del artículo 173 del Código General del Proceso y para los fines señalados en dichas disposiciones.

ANEXOS

- Poder conferido al suscrito dentro del trámite de la acción de protección al consumidor que cursa ante la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia.

NOTIFICACIONES

Las recibimos en la calle 11 No. 3-44 Edificio Venecia Oficina 208 y 206A en Cúcuta, correo electrónico litigioconsultoriacucuta@gmail.com.

Atentamente,



EVER FERNEY PINEDA VILLAMIZAR

C.C. No. 1.090.465.806 de Cúcuta

T.P. No. 266.664 del C.S. de la J.

N.R.

**Por República de Colombia
Rama Judicial**



**TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ, D. C.
SALA CIVIL DE DECISIÓN**

Bogotá D.C., primero (01) de junio de dos mil veintitrés (2023)

MAGISTRADO PONENTE : **JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO**
RADICACIÓN : **11001-31-03-015-2018-00127-01**
PROCESO : **VERBAL**
DEMANDANTE : **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S. A.**
DEMANDADO : **ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN
VELÁSQUEZ**
ASUNTO : **IMPUGNACIÓN SENTENCIA**

De conformidad con el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, decide el Tribunal el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, frente a la sentencia proferida el 30 de marzo de 2022, por el Juzgado Quince Civil Circuito de Bogotá, en el asunto del epígrafe.

I. ANTECEDENTES

1. En el libelo incoativo, el extremo demandante solicitó declarar **i)** *“que entre ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELASQUEZ, quien es el Asegurador, se celebró un contrato de Seguro de Salud Allianz MedicAll Gold, plasmado en la póliza N° 021542602/0, con vigencia del 28 de abril de 2014 al 30 de abril de 2015”; ii)* *“que entre el señor ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELASQUEZ, quien es el Tomador-Asegurado, y Allianz Seguros de Vida S.A., quien es el Asegurador, se celebró un contrato de Seguro de Salud Allianz Medical Gold, plasmado en la póliza N° 022099901/0, con vigencia del 1 de junio del 2017 al 31 de mayo del 2018”; iii)* *“la reticencia en que incurrió el señor ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELASQUEZ, quien al momento de asegurarse incumplió con su obligación legal consagrada en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, al no declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo según el formulario que le fue propuesto por el asegurador tal y como lo exige la norma citada”; iv)* *“la NULIDAD RELATIVA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO,*

contenidos en la Póliza de Salud Allianz MedicAll Gold, N° 021542602/0 y en la Póliza de Salud Allianz MedicAll Gold, N° 022099901/0”.

Para sustentar fácticamente las aspiraciones elevadas, puso de presente, en esencia, que, Alejandro Antonio Castrillón Velásquez, en calidad de tomador y/o asegurado, celebró con la demandante dos contratos de seguro de salud denominados “Allianz MedicAll Gold”, según consta en las pólizas Nos. 021542602/0 y 022099901/0; teniendo la primera una vigencia comprendida desde el 28 de abril de 2014 al 30 de abril de 2015, y la segunda entre el 1 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2018.

Historió que el demandado diligenció y suscribió *“la solicitud seguro de salud – Allianz MedicAll Gold, para la póliza N° 021542602/0, y en el acápite ‘7. Enfermedades’, donde se le pregunta ¿Padece o ha padecido o le han diagnosticado (aun cuando su enfermedad ya está controlada) las siguientes enfermedades? Responda SI (S) o NO (N) en la casilla de acuerdo al solicitante’, diligenció para TODAS las enfermedades del solicitante (...) el cuadro del NO. En este mismo numeral, y también dentro de Antecedentes de Importancia me permito destacar, que expresamente indico que NO a la pregunta ‘¿Ha sufrido o sufre de otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa cuales’. En síntesis, manifestó no padecer de ninguna enfermedad al momento de suscribir la Solicitud de Seguro Individual”.*

Contó que la misma situación se presentó cuando el señor Castrillón Velásquez firmó *“el 30 de mayo de 2017, la solicitud Seguro de Salud – Allianz MedicAll Gold, para la Póliza N°022099901/0”*, pero, en esta oportunidad manifestó, en el acápite de *“Antecedentes de Importancia para Tratamiento/Cirugía”*, que se le había realizado el procedimiento de *“Septorrinoplastia”*, sin hacer mención al padecimiento de *“otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente”*.

Comentó que, *“dentro de sus procesos de convalidación de la continuidad y preexistencias de los asegurados, solicitó a la Compañía de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., la Carta de Antigüedad y preexistencia del señor ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN, compañía que hizo*

llegar el documento solicitado con fecha Octubre 11 de de 2017 (...) en la que se verifican las preexistencias que se tienen en dicha compañía y de la cual nos permitimos extractar la parte pertinente:"

"PREEXISTENCIAS

Nombre

ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ

Descripción

Otros Trastornos Especificados de La Nariz Y De los Senos Paranasales, relacionados Con El Uso de Tabaco, Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana (Vih), sin Otra Especificación, Gota, No Especificada."

Señaló que el demandado conocía de *"su enfermedad por Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), por cuanto así lo declaró, cuando fue atendido en Urgencias en la Clínica La Colina, el 27 de marzo de 2017, al preguntársele por sus antecedentes indicó: 'HIV + DESDE HACE DOS AÑOS' tal y como consta en la Historia Clínica, que se adjunta (...). Además de la historia clínica es importante destacar que en ella aparecen los antecedentes informados a la Dr(a) Niebles Coronel Martha, lo siguiente 'RELACIONES DE RIESGO OCASIONALES, HIV + DESDE HACE DOS AÑOS, SUSPENDIÓ ANTIRRETROVIRALES DESDE HACE UN AÑO NO TIENE SEGUIMIENTO MÉDICO"*

2. Por auto del 3 de junio de 2021, se tuvo por notificado *"al demandado ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELÁSQUEZ del auto admisorio de la demanda, en la forma prevista por el artículo 8º del decreto 806 de 2020, quien guardó silencio".*

II. LA SENTENCIA APELADA

Agotada la ritualidad correspondiente, el juzgador de primera instancia desestimó el *petitum* de la compañía demandante, con fundamento en las siguientes consideraciones:

"Delanteramente se precisa que en el sub-lite no existe cuestionamiento alguno en cuanto a la celebración del contrato; el tema de discrepancia lo constituye la presencia de una injustificada reticencia por haber

incumplido su obligación legal de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, omisión que contaminó al negocio por nulidad relativa.

Procede el despacho a analizar el material probatorio aportado con la demanda con el fin de determinar ese propósito si en verdad, como lo afirma el demandante '...el señor ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ, al momento de asegurarse incumplió con su obligación legal consagrada en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, al no declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el formulario que le fue propuesto por el asegurador tal y como lo exige la norma citada...', es decir, fue reticente al momento de diligenciar y suscribir las solicitudes de Seguro de Salud – Allianz MedicAll Gold el 30 de mayo para las Pólizas N° 021542602/0 y 022099901, ya que '...en el acápite '7. Enfermedades', donde se le pregunta '¿Padece o ha padeció o le han diagnosticado (aun cuando su enfermedad ya está controlada) las siguientes enfermedades? Responda SI(S) o NO(N) en la casilla de acuerdo al solicitante', diligenció para TODAS las enfermedades del solicitante ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELÁSQUEZ el cuadro del NO. En este mismo numeral, y también dentro de Antecedentes de Importancia me permito destacar, que expresamente indicó que NO a la pregunta '¿Ha sufrido o sufre de otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa cuales...'.

Se ha traído con la demanda como prueba documental: a) Copia de la historia clínica No. 4897000 del demandado, b) Certificación expedida por Mapfre Colombia Vida Seguros, c) Copia de las condiciones del Contrato de Salud Allianz MedicAll Gold, [pólizas Nos.] 021542602/03 (...) [y] 022099901/0, e) Copia de la solicitud de Seguro de Salud-Allianz MedicAll Gold, para la póliza No. 021542602/0 y f) Copia de la solicitud de seguro de Salud-Allianz MedicAll Gold, para la póliza No. 021542602/0.

De este exiguo material probatorio en verdad no se puede establecer que el actuar del tomador haya sido de MALA FE, con dicha documentación, solo se puede establecer que al momento de la suscripción de la póliza o contrato de seguro, el tomador tenía algunas preexistencias, que no pueden [ser] alegadas como causal de reticencia, o como fundamento para abstenerse de pagar la reclamación, y para obtener la nulidad relativa del

contrato de seguro. Pero que además debe resaltarse, también que es a partir del momento de la suscripción de la misma, la aseguradora acredita la absoluta falla en la que incurre la misma, al no realizar exámenes médicos en orden a determinar la veracidad de la información, sino también de establecer el estado de salud de una persona, para el momento de la suscripción del contrato o póliza.

Con lo anterior debe entenderse la manifestación tácita de la aseguradora de asumir el riesgo, cualquiera sea la probabilidad del daño que gravite sobre el interés asegurado. En otras palabras, en tal evento no se puede predicar nulidad por reticencia, ni mucho menos por inexactitud, ni tampoco es posible la reducción de la prestación a cargo del asegurador.

(...)

El principio de buena fe se presume en el contrato, sin embargo, la mala fe debe ser probada, por lo que en el caso particular la parte demandante no la estableció, dicho de otra manera no existe prueba que pueda establecer que la declaración plasmada en el Formato Único, no es sincera respecto a los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, para poder declarar la nulidad relativa del contrato.

Corolario de lo expuesto y dado que la demandante no probó que el tomador no realizó una manifestación sincera de los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo en el Formato Único de conocimiento del cliente para el momento de la suscripción; se impone, llana implementación del principio de la carga de la prueba, que señala al funcionario el sentido de su decisión cuando el interesado en la aplicación de una norma no demuestra la materialización del supuesto de hecho del texto legal que le favorece (...)"

Finalmente, indicó que "si bien es cierto, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 5° del Art. 373 del C.G. del P., en la audiencia llevada a cabo el 10 de febrero de 2022 se anunció como sentido del fallo que se accedería a las pretensiones de la demanda, no lo es menor, que luego de efectuarse el análisis de índole legal y probatorio en este asunto, se arribó a la decisión de negar las pretensiones", y, de otro lado, expuso que "el demandado no contestó la demanda conducta que de conformidad con lo previsto en el art. 97 del C.G.P., hace presumir ciertos los hechos

susceptibles de confesión contenidos en la demanda, empero, del análisis de índole legal efectuado en este asunto, se concluye que no basta con identificar un hecho preexistente para afirmar la existencia de la reticencia, debiendo la aseguradora demostrar la mala fe del suscriptor, lo que en el presente asunto, no ocurrió, siendo esta la razón por la cual existe variación entre lo anunciado en sede de audiencia y lo decidido en este fallo escrito".

III. LA APELACIÓN

1. Inconforme con tal determinación, el mandatario judicial del extremo activo, en la oportunidad de que trata el inciso 2º de la regla 3ª del artículo 322 del C. G. del P., exteriorizó los siguientes reparos concretos, que fueron sustentados conforme al artículo 12 de la Ley 2213 de 2022:

En primer lugar, indicó que *"la reticencia se probó dentro del proceso de una manera muy sencilla, esto es, comparando las declaraciones del Tomador-Asegurado al diligenciar las dos solicitudes de seguro, de las cuales se destaca que en la primera manifestó no padecer nada y en la segunda, la del 30 de mayo de **2017**, solo reconoció una septorrinoplastía, y no padecer de nada más, contra la carta de antigüedad de Mapfre y la Historia Clínica de la Clínica la Colina, en donde se observa que el asegurado padecía de V.I.H. desde el **año 2015**, incluso tomó medicamentos retrovirales para su tratamiento y expresamente lo ocultó, contestando en forma negativa entre otras preguntas a la de ¿Ha sufrido o sufre otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa cuales, indicó que NO.*

Entonces, quedó probada la reticencia por cuanto el asegurado no cumplió con su obligación legal de declarar sinceramente su estado de salud, al abstenerse de informar al asegurador de su enfermedad de V.I.H., no obstante estar probado que en ese momento ya era conocedor de padecer de S.I.D.A. Por lo tanto, procede la sanción legal de la nulidad relativa, como consecuencia de la reticencia".

A continuación, reiteró que con la *"Historia Clínica del Tomador – Asegurado, se prueba que él, no solo padecía del V.I.H, sino que conocía de*

su enfermedad, mucho tiempo antes de la firma de las solicitudes de seguro; y al diligenciar estos documentos se guardó esa información vital y relevante sobre su real estado de salud, no solo no la compartió sino que negó padecer de otros síntomas, antecedentes o enfermedades, con lo cual incumplió su obligación legal consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, incumplimiento que produce la sanción legal de la nulidad relativa del contrato de seguro. Y es aquí, en donde tiene cabal aplicación el principio de la buena fe en el contrato de seguro, por cuanto le obliga al Tomador-Asegurado, cumplir con su obligación de información verás ante su contraparte, que es el asegurador, obra de buena fe quien suministrar la información necesaria a la contraparte para la celebración del contrato; y el demandado, al ocultar y negar la información de su salud no obró de buena fe".

Luego, explicó que "el fallo recurrido además de ser contraevidente, contiene un grave error en la aplicación de la ley, por cuanto el artículo 1158 del Código de Comercio, expresamente consagra 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.' Y, no obstante, la facultad expresa otorgada por el legislador mercantil al asegurador de poder prescindir del examen médico, el Señor Juez, deriva de aquí unas conclusiones totalmente erradas; pues como aparece en el acápite transcrito con anterioridad, él acredita al asegurador una absoluta falla en su actuar, por no realizar exámenes médicos para revisar la veracidad de la información y establecer el estado de salud de la persona al momento de la suscripción del contrato de seguro; y aún más, él entiende que por ello debe entenderse una manifestación tácita de la aseguradora de asumir el riesgo, cualquiera que sea la probabilidad del daño que gravite sobre el interés asegurado. Y nada más contrario a la realidad que esta afirmación.

Ahora, nótese de este artículo, transcrito en el párrafo anterior, que se plasmó expresamente una conducta en cabeza del asegurado, cuando el asegurador prescinde del examen médico, también aquí, el asegurado deberá cumplir con las obligaciones que le establece el artículo 1058 del mismo ordenamiento, y su incumplimiento lo hará merecedor a las sanciones allí establecidas, entre otras, la nulidad relativa."

Concluyó que *“quien no obra de buena fe, entonces obra de mala fe; y en este caso, quedó claramente demostrado la total ausencia de buena fe en el demandado, cuando al comparar las solicitudes de seguro con la Historia Clínica, se demostró que no obstante el Tomador – Asegurado padecer y conocer de su enfermedad, V.I.H., desde una fecha anterior a la suscripción del contrato de seguro, no solo guardó silencio sino que negó padecer de otras enfermedades. Entonces, como bien se cita en la sentencia en el contrato de seguro se exige la uberrimae bona fidei, por cuanto las partes del contrato confían mutuamente entre sí; y es eso precisamente, lo que se exige en el caso de la suscripción del seguro, una declaración sobre la salud del solicitante del seguro, totalmente arraigada a la realidad, que sea una declaración transparente en la cual quien la hace, diga la verdad sobre su estado de salud, no lo niegue y mucho menos se guarde información vital para la toma de decisión del asegurador en la aceptación del riesgo propuesto.*

Entonces, teniendo en cuenta qué como el fallo, además de ser contraevidente, carece de fundamento legal y jurisprudencial, respetuosamente solicito, que el mismo sea revocado y en su lugar, se concedan las pretensiones de la demanda, se declare la nulidad relativa de los contratos de seguro por reticencia, tal y como lo mandan los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio”.

3. El extremo demandado, guardó silencio en el traslado de la impugnación.

IV. CONSIDERACIONES

1. Encontrándose presentes los presupuestos procesales necesarios para adoptar una decisión de fondo, y no habiendo vicio que pueda invalidar lo rituado -dentro el marco decisorio y dialéctico comprendido en la amplia transliteración que, en los antecedentes de esta providencia, se hizo de la motivación del fallo cuestionado y de los reparos formulados por la apelante-, el Tribunal anticipa la confirmatoria de la sentencia impugnada, por las razones que a continuación pasan a explicarse:

2. Delimitada, de esta forma, la médula del debate a resolver en esta instancia, incumbe puntualizar que, para este Cuerpo

Decisorio, no hay vaguedad alguna sobre la ubérrima buena fe que debe imperar en el contrato de seguro, debido a que a sus acordantes les es exigido exteriorizar, con suma transparencia, la información relevante para constituir la relación aseguraticia. Es por eso que, a voces de la jurisprudencia de la Sala Civil, “[e]l tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa. (...). Aunque es clara la intención del legislador en cuanto evitar que las aseguradoras resulten sorprendidas y engañadas por el virtual tomador de un seguro que no ha reportado con total sinceridad el estado del riesgo, no es menos cierto que la etapa de formación del contrato y, en especial, del consentimiento, se debe auscultar en el marco de un equilibrio de información a cargo de los intervinientes en el acuerdo. En tal virtud, paralelo al deber del potencial tomador, ya indicado, en el otro vértice contractual recae también una carga de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esa obligación, pudiendo efectivamente hacerlo (art. 1058, inciso final, del C. de Co.). (...); [concluyéndose que] la expresión ‘ha debido conocer’, contemplada en [dicha disposición] no excluye el deber del tomador, consistente en informar al asegurador sobre todas aquellas circunstancias conducentes e importantes, relacionadas con el estado del riesgo, sino que, en esa labor, vincula a éste, que en el marco de un deber concurrente y correlativo le corresponde inicialmente efectuar una indagación pertinente, en orden a procurar una sincera declaración sobre el estado del riesgo.”¹

3. Asimismo, huelga relieves que la Sala de Casación Civil, en sentencia SC3791-2021,² atinente a la reticencia, sostuvo que “(...) haciendo una lectura del precepto [1058 del Código de Comercio], ha venido siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, (...) construyendo algunos criterios o estándares: **1. Buena fe.** Mediante una doctrina probable, (...) la buena fe también cobija a la aseguradora, para

¹ CSJ. Sala de Casación Civil. Sentencia SC5327-2018 de 13 de diciembre de 2018. Exp. 68001-31-03-004-2008-00193-01.

² Rad. 20001-31-03-003-2009-00143-01.

hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima *bonna fides*, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arrojadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida³. **2. La mala fe debe probarse.** Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. **3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro.** Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. **4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida,** por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. (...) sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. **5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión.**” (Resaltado Propio).

4. Partiendo, entonces, de los lineamientos jurisprudenciales descritos en párrafos antecedentes -que van en la misma orientación de los precedentes de la Corte Constitucional-⁴ bien pronto se anticipa la confirmatoria de la decisión confutada, dado que, en el caso bajo escrutinio, no aparece acreditada la mala fe que el tomador pudo haber tenido al ocultar su real condición de su salud, al momento de efectuar las declaraciones del riesgo.

4.1. Al respecto, lo primero que pone de presente esta Colegiatura es que, en el plenario, no emerge demostrado que el tomador Alejandro Antonio Castrillón Velásquez hubiere informado a la aseguradora sobre el real estado de su salud, particularmente, en torno a ser portador del VIH; facticidad evidenciada con el registro

³CSJ. SC Sent. del 15 de marzo de 1944, del 12 de diciembre de 1955, del 23 de septiembre de 1974, del 11 de marzo de 2004; del 13 de julio de 2005; y del 30 de junio de 2011.

⁴ Entre ellos las sentencias T-832 de octubre de 2010 y T-027 de 2019.

hospitalario expedido por la Clínica La Colina, en el que se dejó anotado que el paciente, aquí demandado, ingresó a consulta el 27 de marzo de 2017, y en el acápite de *"antecedentes patológicos"*, se indicó que tenía *"GOTA DESDE HACE DOS AÑOS"* y *"HIV + DESDE HACE 2 AÑOS"*; además, se consignó que *"suspendió antirretrovirales desde hace un año no tiene seguimiento médico"*. Es decir que el accionado, para la data en que suscribió el formulario denominado *"solicitud seguro de salud"* -30 de mayo de 2017-, era conocedor de su patología. Asimismo, con el libelo genitor se aportó certificación expedida el 11 de octubre de 2017, por Mapfre Colombia, en la que se hizo constar que el señor Castrillón Velásquez *"es asegurado principal de la Póliza de SALUD EXCELENCIA (...) tiene una vigencia desde junio 03 del 2016 hasta Junio 011 del 2018"*, y que como *"preexistencias"* reportó: *"Otros trastornos Especificados De La Nariz Y De los Senos Paranasales, Problemas Relacionados Con El Uso De Tabaco, Enfermedad Por Virus De la Inmunodeficiencia Humana (Vih), Sin Otra Especificación, Gota, No Especificada"*.

4.2. No obstante lo anterior, llámese la atención en que, a voces de la jurisprudencia, *"(...) '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 comento⁵(...)"*,⁶ nociones que, aplicadas al caso en concreto, permiten afirmar que no bastaba con simplemente verificar la ausencia de la información suministrada por el tomador del seguro, para tener por nulo relativamente el referido acuerdo de voluntades, sino que era necesario, entre otras cosas, que la mala fe del declarante fuera probada por la aseguradora, como en párrafos anteriores la jurisprudencia transcrita lo dejó apuntado.

Desde esa tesitura, tras la valoración del acervo probatorio recopilado en las diligencias, no fue posible hallar medio de persuasión que sirviera de soporte para aseverar, derechamente, que el tomador del afianzamiento faltó a la verdad en un contexto de

⁵ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

⁶ CSJ SC3791-2021.

mala fides, orfandad que, sin más, impedía tener por acreditada la reticencia alegada por la aseguradora demandante, sujeto procesal sobre quien recaía la carga de demostrar dicha circunstancia, pues, a voces del órgano de cierre de la justicia civil, “[e]l 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”;⁷ empero, como así no sucedió, la nulidad de los contratos de seguro por dicho motivo no podía abrirse paso, porque, a la luz de los precedentes jurisprudenciales reseñados con antelación, la mala fe es uno de los elementos axiológicos para pregonar la reticencia de que trata el canon 1058 del C. de Co., tal y como lo concluyó el funcionario de primer grado.

5. Se suma a lo expresado en párrafos precedente, que, de las pruebas allegadas a la encuadernación, resulta claro que para el **27 de marzo de 2015** Alejandro Antonio Castrillón Velásquez ya era portador del mencionando agente patógeno, época en la que estaba amparado por la póliza 021542602/0, con vigencia desde el 28 de abril de 2014 al 30 de abril de 2015; como se extrae del registro hospitalario expedido por la Clínica La Colina, en el que se anotó que el paciente, aquí demandado, ingresó a consulta el 27 de marzo de 2017, y en el acápite de “*antecedentes patológicos*”, se expresó que tenía “*GOTA DESDE HACE DOS AÑOS*” y “*HIV + DESDE HACE 2 AÑOS*”,⁸ además, se dejó consignado que “*suspendió antirretrovirales desde hace un año no tiene seguimiento médico*”; sin que en la la certificación emitida por Mapfre Colombia, el día 11 de octubre de 2017, se precise la época en la que el asegurado se habría contagiado del mencionado virus, pues el siguiente es texto de dicho escrito, carente de esa concreción temporal:

⁷ *Ídem*

⁸ Resaltado de la Sala.



Bogotá, Octubre 11 del 2017

A QUIEN PUEDA INTERESAR

CERTIFICAMOS:

Que el Señor (a). ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No.75093681 es asegurado principal de la Póliza de SALUD EXCELENCIA No. 4214616000015, cuyo tomador es la ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ, la cual tiene una vigencia desde Junio 03 del 2016 hasta Junio 01 del 2018 , contratada con MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

ASEGURADO

Nombre	Documento	Parentesco	Fecha
ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASC CC	75093681	Asegurado Principal	19/11/2012
CHRISTIAN DAVID CASTRILLON RUIZ	TI 1014864876	Hijo/A	19/11/2012

PREEXISTENCIAS

Nombre	Descripción
ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ	Otros Trastornos Especificados De La Nariz Y De Los Senos Paranasales,Problemas Relacionados Con El Uso De Tabaco,Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana (Vih), Sin Otra Especificacion,Gota, No Especificada
CHRISTIAN DAVID CASTRILLON RUIZ	No tiene Preexistencias Particulares

Entonces, al tratarse de un seguro de salud, la aseguradora pudo o debió conocer la existencia de dicho microorganismo en las células del señor Castrillón. Y con ese antecedente, también se revela que el ente afianzador pudo o debió saber de la presencia del comentado germen en el sistema inmunitario del conminado, para el momento de expedirse la póliza 022099901/0, vigente entre el 1 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2018.

De ahí que tampoco sea atendible la solicitud de nulidad deprecada, puesto que, al tenor del artículo 1058, inciso cuarto, del Código de Comercio -analizado en la jurisprudencia reproducida en párrafos antecedentes- “[l]as **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** (...)”⁹

6. Y es que, en el presenta asunto, no emerge duda de que el aludido tomador contrajo el “*Virus de la Inmunodeficiencia Humana*”, como se infiere de su bitácora hospitalaria arrimada a la actuación, sin

⁹ Resaltado fuera de texto.

que Allianz Seguros de Vida S.A., -dado que las particularidades del caso en estudio conducían al conocimiento de la presencia del VIH- hiciera las averiguaciones correspondientes, como la revisión previa de la historia clínica del asegurado y la realización de los respectivos exámenes médicos; pese a que la Sala de Casación Civil ha indicado que “(...) si por la naturaleza del riesgo solicitado para que sea asegurado y por la información conocida y dada por el tomador, la compañía aseguradora, de acuerdo con su experiencia e iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, más sin embargo no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido”¹⁰; omisión que, en este caso, deja al descubierto que el extremo activo faltó a su deber correlativo de esclarecer el estado del riesgo, en virtud del principio de buena fe, que, en materia de aseguramiento, “es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas, v.gr: el tomador del seguro, ya que el asegurador predisponente, entre otras conductas a su cargo (positivas y negativas) (...) [pues] ‘es un postulado de doble vía...que se expresa –entre otros supuestos- en una información recíproca’”¹¹ Y al no haber investigado la aseguradora - como era de su resorte en este particular asunto- los contornos del riesgo objeto del afianzamiento, no queda otro camino que desestimar sus pretensiones, considerando que, en palabras de la Corte Suprema de Justicia, “(...) si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia (...).”¹²

7. El orden argumentativo que se trae es suficiente para ratificar la sentencia apelada, sin condena en costas a la parte impugnante, en armonía con lo preceptuado en la regla 8ª del artículo 365 del C. G.P.

¹⁰ CSJ. SC 18 oct. 1995, expediente. No. 4640. MP Pedro Lafont Pianeta.

¹¹ CSJ. Cas. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, exp. 6146. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

¹² CSJ. SC 26 abr. 2007, rad. 1997-04528-01, reiterada en SC18563-2016, rad. 05001-31-03-017-2009-00438-01.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C., en Sala Civil de Decisión**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **RESUELVE:**

PRIMERO.- CONFIRMAR la sentencia proferida el 30 de marzo de 2022, por el Juzgado Quince Civil Circuito de Bogotá, en el asunto del epígrafe.

SEGUNDO.- SIN CONDENA en costas de esta instancia a la parte recurrente.

TERCERO.- En oportunidad, por Secretaría, ofíciase al Despacho de origen informándole sobre la presente decisión, y remítasele copia magnética de esta providencia, para que haga parte del expediente respectivo.

NOTIFÍQUESE,

JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO

Magistrado
(15 2018 00127 01)

GERMÁN VALENZUELA VALBUENA

Magistrado
(15 2018 00127 01)

(Con aclaración de voto)

ÓSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

Magistrado
(15 2018 00127 01)

Firmado Por:

Juan Pablo Suarez Orozco

Magistrado

Sala Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,