REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR
j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

Valledupar, cinco (05) de julio de dos mil veintidós (2022)

Referencia: PROCESO RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
Demandante: LEONOR MARÍA CUADROS GOMEZ
Demandados: BANCO BBVA COLOMBIA y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Radicación: 200014003001-2018-00389-01.
Asunto. SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

ASUNTO

Procede el despacho en primera medida a obedecer y cumplir lo dispuesto por el superior en la providencia de fecha 11 de mayo del 2022, que decide el conflicto de competencia, luego se procede a resolver el recurso de apelación interpuesto por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A contra la sentencia de fecha 16 de julio de 2019, proferida por la Juez Primera Civil Municipal de Valledupar, Cesar., dentro del proceso responsabilidad civil contractual promovido por LEONOR MARÍA CUADROS GOMEZ, a través de apoderado judicial, en contra BANCO BBVA COLOMBIA – SUCURSAL VALLEDUPAR y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

PRETENSIONES

Primero: Que se declare que la empresa BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., suscribió la póliza de seguro vida Deudores No 0110043 a favor del BANCO BBVA COLOMBIA S.A, como beneficiario y en la que se aseguró a la señora LEONOR MARIA CUADROS GOMEZ, amparando diversos riesgos y particularmente la cobertura por Incapacidad Total y Permanente.

Segundo: Que se ordene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., que pague al BANCO BBVA COLOMBIA S.A, la suma de $2.780.014,87, oo pesos, correspondiente al saldo insoluto del crédito identificado internamente con los Nro. 0013-00130158-5002436525.

Tercero: Que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a pagar BANCO BBVA COLOMBIA S.A., la suma de $85.070.521, oo pesos, correspondiente al saldo insoluto del crédito identificado internamente en el banco BBVA COLOMBIA S.A. con los Nro. 00130158-9611397280.

Cuarto: Que la demandada sea condenada al pago de los intereses moratorios desde que la obligación entro en mora, esto es, desde el 16 de mayo de 2018, hasta que el pago se materialice, a la tasa indicada por la Superintendencia Bancaria.

Quinto: Que se ordena al BANCO BBVA COLOMBIA S.A, la devolución de los dineros pagados después del 1º de enero de 2018, debidamente indexado.

Sexto: Que se condene a la demandada al pago de las costas y agencias en derecho.

HECHOS

Primero: Que la demandante, fue nombrada en propiedad por la Secretaria de Educación del Departamento del Cesar, el cargo de Docente de Aula, en la institución Educativa Luis Giraldo y mientras se encontraba trabajando fue incapacitada temporalmente por padecer una serie de patologías: SULCUS VOCALIS, REFLUJO LARINGOFARINGEO, DESVIACIÓN SEPTAL, ARTRITIS EROSIVA LEVE, HP (-), ESPONDILOSIS DORSAL y NEUROPATÍA POR ATRAPAMIENTO A TRAVÉS DEL TÚNEL DEL CARPIO EN FORMA BILATERAL DE CARACTERÍSTICA MUY LEVE.

Segundo: Que con base en lo señalado anteriormente y luego de estar laborando de manera ininterrumpida, fue incapacitada parcialmente por quebrantos de salud por más de 180 días, por lo que fue calificada mediante el dictamen de calificación de la pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez No SOV 042018008 de fecha 17 de abril del 2018, expedido por la U.T. RED INTEGRADA FOSCAL CUB, por medio del cual conceptuó que presenta una pérdida de la capacidad laboral del NOVENTA Y OCHO POR CIENTO (98%).

Tercero: Que es consumidora financiera por lo que, el Banco BBVA le aprobó el Crédito No 00130158-5002436525 el cual se encuentra asegurado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. bajo la póliza de Vida Deudores 0110043 y el valor asegurado es la suma del crédito de $2.780.014,87. oo pesos, y el Crédito No 00130158-9611397280 el cual también se encuentra asegurado por la suma del crédito de $85.070. 521.oo pesos.

Cuarto: Que presentó reclamación formal solicitando el pago de la indemnización por la ocurrencia del siniestro de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, pero la aseguradora objetó su reclamación en escrito de fecha 16 de mayo de 2018, argumentando que fue reticente al ocultar información sobre su estado de salud.

Quinto: Que la calificación de la perdida de la capacidad laboral se funda en la realización de una seria de exámenes que fueron practicados estando vigente la póliza de seguro vida Deudores No 0110043, tal como consta en el Dictamen de Perdida de la capacidad laboral.

Sexto: Que la aseguradora si tuvo la posibilidad de conocer su estado de salud, al estar autorizada para consultar la información que reposa en cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución, por lo que la objeción es infundada.

Séptimo: Que al momento de suscribir la póliza, hace varios años, el asegurador, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, otorgó el consentimiento al momento de expedir la póliza, significa lo anterior que asumió el riesgo en las condiciones en que se hallaba, sin que luego pueda alegar reticencia, cuando ni siquiera hubo declaración espontánea, porque al momento que la entidad accionada elaboró el documento, conocía que las manifestaciones allí contenidas podían no ajustarse a la situación real del suscriptor, quien ligeramente pudo asentar su firma sin reparar o comprender el alcance de lo que estaba contemplado en el documento de solicitud de la póliza.

Octavo: Que al proferir la póliza BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., no realizó examen médico ni exigió que como asegurado allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato, que son responsabilidad de la compañía aseguradora.

Noveno: Que si la entidad demandada hubiese sido mínimamente diligente y antes de suscribir el contrato de seguro hubiese hecho uso de la autorización otorgada y le hubiera practicado un examen médico, o revisado su historia clínica, se habría dado cuenta cuales enfermedades había padecido a lo largo de su vida, y no recibir el pago de la prima desde el 20 de diciembre de 2016 y esperar a que ocurriera algún siniestro para luego si evadir su responsabilidad, actuando de mala fe.

ACTUACIÓN PROCESAL

Mediante auto del 4 de octubre de 2018, se admitió la demanda y se ordenó la notificación de la parte demandada.

La parte demandada BANCO BBVA COLOMBIA S.A, se notificó de la demanda personalmente, por intermedio de su apoderada judicial, el 31 de octubre de 2018, y descorrió el traslado de la demanda proponiendo las excepciones de "FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA, CUMPLIMIENTO LEGAL Y CONTRACTUAL DE BBVA COLOMBIA, AUSENCIA DE LOS REQUISITOS O PRESUPUESTOS AXIOLOGICOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL DEMANDADA, RECIBO DE PAGOS DE MANERA LEGITIMA, COBRO DE LO NO DEBIDO y CADUCIDAD Y/O PRESCRIPCIÓN, mediante escrito del 15 de noviembre de 2018.

Por su parte, la demandada BBVA SEGUROS DE COLOMBIA S.A, se notificó de la demanda personalmente, por intermedio de su apoderada judicial, el 23 de noviembre de 2018, y descorrió el traslado de la demanda proponiendo las excepciones de "INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No 00110043 QUE AMPARA LAS OBLIGACIONES No 00130158002436525 Y 00130158009611397280 POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COETANEOS A SU CELEBRACION ANTE LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO", "LIMITE DE RESPONSABILIDAD DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A HASTA EL IMPORTE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No 00110043 QUE AMPARA LAS OBLIGACIONES No 00130158002436525 Y 00130158009611397280 y la "GENERICA O INNOMINADA" , mediante escrito del 15 de enero de 2019.

El día 16 de julio de 2019, se realizó audiencia inicial de conformidad con el art. 372 del C.G.P, en la cual se evacuaron los interrogatorios de partes, se fijó el litigio, se decretaron pruebas, se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y se dictó sentencia en primera instancia.

Luego el despacho en primera oportunidad decide la apelación propuesta, a través de sentencia de fecha 31 de agosto del 2020, contra la cual la parte demandante presenta solicitud de nulidad, la cual es resuelta en auto de fecha 10 de noviembre del 2020, que niega lo solicitado y deja en firme la decisión emitida.

Posterior a ello en decisión de tutela del 05 de febrero del 2021, emitida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, se ordena a este despacho declarar sin efectos la sentencia y correr traslado al no apelante del escrito de sustentación de la apelación, lo cual fue cumplido por auto de fecha 18 de febrero del 2021.

Por último, la parte demandante presenta solicitud de perdida de competencia, por haberse superado el termino máximo para emitir decisión de fondo, a lo cual el despacho accede declarándola en auto de fecha 25 de marzo del 2021, decisión que fue objeto de conflicto de competencia, que se decide atribuyendo el conocimiento a este juzgado.

SENTENCIA OBJETO DE APELACIÓN

La Juez de primera instancia desestimó las excepciones propuestas y declaro civilmente responsable a la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, ordenándole en consecuencia pagar a favor del banco BBVA COLOMBIA S.A el saldo insoluto de los créditos contraídos por la demandante y que se encuentren amparados por la póliza de seguro de vida grupo deudores N.º 0110043, decisión que fue objeto de apelación por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, cuyo estudio y resolución nos ocupa.

El Ad-quo, tras sintetizar los fundamentos fácticos, pretensiones y sustentos legales, discurrió sobre el contrato de seguros, sus amparos y exclusiones, para luego realizar la valoración probatoria y posteriormente fallar el asunto, arguyendo que en que la nulidad por reticencia alegada como excepción no se estructuro como quiera que, no se demostró que la demandada haya practicado exámenes médicos antes de la suscripción de la póliza ni acredito la mala fe de la demandante.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO

La parte demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, apeló la decisión de primera instancia, manifestando que la señora LEONOR MARIA CUADROS GOMEZ fue reticente al declarar su estado de riesgo, es decir, fue inexacta, faltó a la verdad, no fue certera, no fue veraz, al declarar sobre su estado de salud al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad contenidas en la "Póliza Vida Grupo, que amparaban los créditos 0158-5002436525 y 00120158961139728O. Lo anterior, se sustenta en que la demandante padecía diversas patologías como "Odinofagia, tos seca episodios de disfonía y fonastesia, hipermetropia, artropatías del hombro, gastritis, espondiolisis y sindrome del tunel del carpo leve bilateral", con diagnósticos desde el año 2012, 2013 y 2015, y tenía conocimiento de ello, ya que, tal como consta en la Historia Clínica de la Fundación Médico Preventiva, y el Dictamen Nº SOV 0422018008 expedido por la UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, del 17 de abril de 2018,

Que, por lo tanto, la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, se encontraba facultada para solicitar ante el juez la nulidad de los contratos de seguro antes mencionados, en aras de que se diera aplicación a la consecuencia jurídica prevista en el artículo 1080 del Código de Comercio.

Además, que aun cuando no sea necesario demostrar la mala fe, porque la norma no lo establece, ya que en el Artículo 1058 del C. Co, no, se encuentra ninguna afirmación al respecto, hacer afirmaciones contrarias a la verdad, es mala fe, decir que no está enferma, que no ha recibido ninguna tratamiento o cirugía, cuando la verdad es otra, es mala fe, y por supuesto que genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

Finalmente, que la compañía de seguros no está en posición de conocer los estados de salud de todas las personas que aspiran a ser asegurados y tampoco tiene la obligación de hacer exámenes médicos, como erradamente se ha afirmado eso conforme lo establece el derecho sustancial contenido en el Art. 1158 del C. Co.

TRASLADO NO APELANTE

Dentro del termino de traslado, la demandante a través de su apoderada, con respecto a la apelación propuesta, indica que es cierto que la señora Cuadros Gómez fue asegurada en la Póliza Vida Grupo No 0110043, con el objeto de que se amparara los créditos 0158-5002436525 y 00120158961139728O, por valor de $2.780.014, y por valor de $85.070.521, el día 02 de febrero de 2016 y 18 de septiembre de 2017 respectivamente.

Que es cierto que la compañía demandada objetó inseria e Infundadamente bajo el argumento de la "reticencia", sin embargo analizando el expediente de manera meticulosa no se encuentra prueba alguna de que la señora Leonor Cuadros haya ocultado alguna patología de manera intencional, en el folio 72 de la demanda aparece una prueba documental con la historia clínica de la demandante, en la cual se observa de manera clara que el motivo de consulta es por tener "Incontinencia Urinaria", así mismo dejó entrever la demandante en su interrogatorio que las patologías por la cuales le fue negado el pago fueron enfermedades "pasajeras", quiere decir lo anterior que desconocía a ciencia cierta qué era lo que tenía, que si se analiza con sentido lógico y con sana critica su declaración, no es cierto que se pueda afirmar que ella tenía pleno conocimiento de sus padecimientos pasajeros.

Aduce que en el Dictamen de calificación de perdida de la capacidad laboral, el galeno especialista en salud ocupacional determinó que las patologías por las que es incapacitada total y permanentemente tenían una evolución de 3 años, no significa que esas patologías hayan sido diagnosticadas hace 3 años, a modo de ejemplo, a una persona que le detectan un cáncer este año 2020 pero lo tiene avanzado, los galenos consideran que ese cáncer tiene 3 años de evolución por el daño que ha ocasionado en el cuerpo, no quiere decir que la persona ya conocía esa patología de cáncer desde el inicio de su evolución, lo mismo ocurre en este caso, a mi mandante se le diagnostico la odinofagia estando vigente la póliza y esa odinofagia tiene equis tiempo de evolución y que solo hasta la fecha en que se le realizaron los exámenes especializados fue que se determinó cuáles eran las patologías que afectaban su salud.

CONSIDERACIONES

Así pues, hecho el análisis de la actuación surtida con motivo del presente proceso, tenemos que el problema jurídico tiende a determinar si debe revocarse la decisión de primera instancia de ordenar a la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A cubrir el saldo insoluto de los créditos cubiertos por la póliza de seguro de vida grupo deudores N.º 011004, adquiridos por la señora LEONOR MARÍA CUADROS GOMEZ con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A, o si por el contrario se declare la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la asegurada.

En este asunto se revocará la sentencia recurrida, y se declarará la nulidad relativa del contrato de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que a continuación se esbozan.

El contrato de seguros tiene por substrato esencial, revelar un pacto en el cual uno de los contratantes denominado el tomador, traslada hacia el patrimonio del otro, llamado el asegurador, los riesgos que pesan sobre un interés específico y puntual, y este los asume a cambio del pago de un precio llamado prima. Las características medulares de esa clase de contratos, se encuentran establecidas en el art. 1036 del código de comercio que dice *"El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva".*

Una vez perfeccionado dicho contrato, fluyen obligaciones a cargo de los contratantes, las cuales son, para el asegurado o tomador, la obligación de pagar puntualmente y en los términos acordados en el contrato la prima o precio del seguro, y para el asegurador, la de cancelar una indemnización si ocurre el siniestro definido en el pacto contractual.

Pero además de ello, el contrato de seguros revela una arista sui generis en relación a los demás pactos negóciales, y se trata, de que el elemento de la buena fe tiene una incidencia preponderante en esa clase de contratos. La razón es elemental: las condiciones exactas de riesgo del asegurado son las que llevan al asegurador a definir si contrata o no, por ende, la sinceridad de aquél en la información en torno a esas condiciones – que solo él conoce - , reviste aquí una trascendencia capital.

En armonía con esa trascendencia que en el contrato de seguros tiene el elemento de la buena fe, el art. 1058 del código de comercio exige de manera perentoria y terminante al asegurado, una absoluta sinceridad en su declaración en torno a las condiciones de riesgo, ya que de lo contrario, vale decir, si incurre en una reticencia o inexactitud de entidad tal que si el asegurador la hubiere conocido no hubiere contratado, el legislador sanciona severamente tal deslealtad, afectando al contrato de nulidad relativa.

En efecto, esa preceptiva regla:

"El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

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

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

Al referirse a este aspecto, la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA en sentencia emitida el 13 de diciembre de 2018, sostuvo:

"La reticencia en materia de seguros. (...)
5.2. Responsable de la información veraz, previa a la contratación del seguro.

5.2.1. El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa.

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

Dicho en otras palabras, si el tomador no oculta información o, lo que es lo mismo, si declara sincera y completamente el estado del riesgo fundado en la información objetiva que tiene sobre el mismo, no habría incumplimiento de sus deberes en la etapa precontractual, y ello descartaría la presencia de la mencionada causal de invalidez. Así lo indica Morandi cuando dice que «[l]a declaración es reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta o de manera confusa, usando palabras de equívoco significado». En cambio, como es apenas obvio, no aplica dicha consecuencia cuando la declaración es plena y veraz.

Como se tiene claramente establecido, no es suficiente que se aduzca la mera gestación de estado de desconocimiento o de ignorancia fáctica acerca de unos específicos hechos, porque es menester que dicho estado o ignorancia se generen en forma legítima o se tornen excusables ('carga de diligencia'). 'La buena fe –bien se ha afirmado- debe ser ignorancia, pero, también, ignorancia legítima, es decir, de tal naturaleza que no haya podido superarse con el empleo de una diligencia normal', la que, en últimas, sirve para justificar la solicitud del asegurador relativa al decretum de tan severa sanción, puesto que '...la buena fe excluye la posibilidad de un actuar culposo', contrario a '...un actuar prudente, cuidadoso, diligente y previsor'.

De lo transcrito, se concluye que la expresión «ha debido conocer», contemplada en el inciso final del precepto 1058, 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.

Adicional a ello, partiendo de esa declaración, puede y debe informarse sobre los contornos del riesgo, de manera que pueda contrastar la información recibida con la auscultada, y

así evaluar el peligro de una forma mucho más acertada, que permita arribar a un acuerdo sobre bases certeras acerca de la contingencia inesperada que se quiere amparar.

Conforme a lo expuesto, cabe concluir que si bien la reticencia conduce, en línea de principio, a una nulidad relativa del contrato, por erosionar la buena fe que gravita en este particular negocio, tal figura debe examinarse cuidadosamente a la luz de la actividad de cada parte, esto es, de la conducta asumida por los extremos de la relación a lo largo de la formación del contrato, pues no siempre que el tomador omite datos determinantes del estado del riesgo se llega a esa sanción, en tanto, puede ocurrir que paralelamente a ese actuar, el asegurador haya omitido o prescindido de formular preguntas al tomador, que hubiesen permitido conocer -por su calificado oficio- los hechos que le servían de soporte para contratar el seguro.".

Dimana entonces de lo expuesto, que en el evento en que el asegurado falte a su deber de sinceridad al momento de declarar su exacta condición de riesgo, de tal forma que si el asegurador hubiere conocido la realidad al respecto se habría abstenido de contratar, o lo hubiere hecho en otros términos, menesterosamente se configura la nulidad relativa del contrato de seguros.

La reticencia implica per se, un comportamiento signado por el ocultamiento de una realidad. Para que ella se configure es requisito nodal, que el tomador calle de manera deliberada una información de cuya relevancia es consciente, para generar la errática calificación del estado del riesgo por parte del asegurador. La inexactitud en esa declaración requiere entonces, una conducta del tomador indubitablemente dirigida a distorsionar la verdad de los hechos esenciales al objeto del seguro y por ello, tamaña deslealtad contractual tiene como consecuencia jurídica la nulidad relativa del seguro.

Establecido lo anterior, para este despacho no existe dubitación alguna, de que a la luz de la normatividad legal aplicable y la jurisprudencia reseñada la demandante en su calidad de asegurada faltó a la verdad en las declaraciones de asegurabilidad que hizo ante la entidad al declarar sobre su estado de riesgo, toda vez que, ninguna otra cosa se desprende de las pruebas allegadas al expediente, resultando por tanto errada la decisión del Juez de Primera Instancia de no dar por probada estándolo la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la asegurada.

Así, en el expediente se encuentran como pruebas las solicitudes individuales de seguro de vida grupo deudores con certificados nº M026300110236201585002436525 y M026300110236201589611397280, expedidos por la Compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A a nombre de la demandante, en calidad de "asegurado", y en el que se identifica a BBVA COLOMBIA S.A, como "tomador y beneficiario", con fechas de diligenciamiento del 02 de febrero de 2016 y 18 de septiembre de 2017, y que contienen las declaraciones de asegurabilidad suscritas, las cuales indican en lo pertinente: *"¿ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos? Reumatismo, artritis, gota o enfermedad de los huesos, músculos, o columna. (...) NO. enfermedades de los ojos, nariz, garganta, ronquera o problemas de los órganos de los sentidos. NO, y más adelante se consigna: no firme esta solicitud sin leer este texto: "expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio".*

Asimismo, obra el formulario de dictamen para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez de la señora LEONOR MARÍA CUADROS GOMEZ, donde consta en el acápite de historia clínica: *"paciente con cuadro de 3 años de evolución consistente en odinofagía, tos seca y sensación de cuerpo extraño asociado a episodios de disfonía y fonastenia, las cuales no han mejorado a pesar del reposo de voz, fue valorada por otorrinolaringología quien consideró que debe evitar el abuso de la voz y no continuar con la labor docente. Adicionalmente tiene antecedentes de gastritis, espondilosis y síndrome de túnel del carpio leve bilateral"* y como diagnostico o motivo de calificación: "1. Disfonía, 2. Reflujo gastroesofágico, 3. Síndrome de túnel carpiano bilateral, 4. Glaucoma, 5. Espondilosis, 6, Gastritis crónica", y en el acápite de variables de la pérdida de capacidad laboral se indica: "deficiencia global por alteraciones en la voz y el habla, valor de la deficiencia 60%; deficiencia por glaucoma bilateral, valor de la deficiencia: 10%", de manera que, resulta claro que su disfonía y glaucoma si incidió en la calificación de su pérdida de capacidad laboral e invalidez total y permanente.
Asimismo, en su historia clínica consta la atención y prestación de servicios de salud a la precitada persona, por parte de la FUNDACIÓN MEDICO PREVENTIVA, obrando en esta, que para el año 2014 tenía diagnóstico de disfonía, hipermetropía y glaucoma, que venía recibiendo atención y tratamiento en ocasión de la misma por parte del especialista, en efecto, literalmente se consignó en dichos documentos, el 1 de octubre de 2010: *"paciente con cuadro mayor de una año de evolución con disfonía disfuncional acompañado con sensación de cansancio vocal",* el 21 de junio de 2013*: "enfermedad actual: refiere haber realizado consulta con optometría por fatiga visual, cefalea frontal y visión borrosa; dificultad para leer de lejos y de cerca"* y el 19 de junio de 2014*: "diagnósticos: glaucoma en ambos ojos…campimetría con exceso de falsos negativos en ambos ojos que es indicativo de pobre concentración durante el estudio…foto de fondo que documenta daño anatómico glaucomatoso"*

Quiere decir lo anterior que, definitivamente cuando la actora suscribió el 02 de febrero de 2016 y 18 de septiembre de 2017, la declaración de asegurabilidad de la póliza de seguro de vida grupo deudores N° 0110043 para amparar las obligaciones crediticias adquiridas con el banco BBVA COLOMBIA S.A si había sido diagnosticada con DISFONÍA y GLAUCOMA y venía recibiendo tratamiento por dicha enfermedad, lo cual a sabiendas no manifestó al momento de declarar el riesgo y contratar la póliza de seguro, en efecto, la misma demandante en el interrogatorio de parte que absolvió durante la audiencia celebrada el día 16 de julio de 2019, al preguntársele si para noviembre de 2013 presentaba glaucoma, afirmó, *"sí tenía glaucoma pero como esa enfermedad es progresiva en ese momento tenía… es una enfermedad que no se quita pero ella va avanzando",* más adelante señaló: *"si presentaba disfonía en noviembre de 2013, eso fue un episodio pasajero por el ambiente",* afirmaciones que confirman lo establecido en el dictamen para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez, en el que consta que dos de las patologías motivo de dicha calificación fueron precisamente las que no declaró al momento de contratar la póliza de seguro y que, las venía padeciendo desde antes al 2016 y2017, años en los que tomó los créditos con BBVA COLOMBIA S.A y diligenció los certificados individuales del seguro.

Siendo así las cosas, está demostrado fehacientemente que la señora LEONOR MARÍA CUADROS GOMEZ, ocultó deliberadamente al suscribir las declaraciones de asegurabilidad precedentemente aludidas ante la compañía aseguradora demandada el 02 de febrero de 2016 y 18 de septiembre de 2017, que le había sido diagnosticada DISFONÍA y GLAUCOMA, que venía recibiendo tratamiento en ocasión de esta y que presentaba unos síntomas que afectaban su estado de salud, los cuales resultaron ser de

tal entidad que generaron que su Entidad Promotora de Salud le declarara una incapacidad total y permanente, lo cual obviamente lleva a colegir, que si la empresa aseguradora hubiere conocido la existencia de dicha patología y antecedentes médicos, muy seguramente se habría abstenido de contratar o hubiera hecho más onerosa la relación contractual, por lo que al ocultarse tal circunstancia tal declaración está indudablemente signada de reticencia.

En ese contexto no resultan admisibles para el despacho, los argumentos de la parte demandante, concernientes a que como la demandada al venderle la póliza no le investigó los antecedentes de salud, no le es dable alegar la reticencia referenciada, ya que ello contraría lo estipulado en el art. 1.158 del código de comercio que dice *"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."* no puede, entonces, como lo ha dicho la Corte Suprema de Justicia, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el estado del riesgo al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, por cuanto, se reitera, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que lo determinan.

La Corte Suprema de Justicia en sentencia del 26 de abril de 2007, rad. 1997-04528- 01, recordó que:

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

A su vez, la Superintendencia Financiera en providencia del 12 de octubre de 2016, rad 2015-1473, *"Conforme lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el asegurado tiene la obligación de mencionar cuáles son las dolencias que presenta antes de la celebración del contrato y cubrimiento de la póliza, pues la reticencia o inexactitud en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo da lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o a la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora. Entonces, incurre el asegurado en reticencia cuando la Aseguradora le presenta para su diligenciamiento un cuestionario específico, sobre hechos o circunstancias que rodean el riesgo y las respuestas al mismo ocultan o encubren una situación, siendo que tales manifestaciones resultan relevantes para el contrato, versan sobre hechos que eran o debían ser por él*

conocidos y que, de haber sido conocidas por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas."

De manera que, mal puede enrostrársele a la asegurada una falta de diligencia para conocer el verdadero estado del riesgo al contratar el seguro, alegando que pudo haber conocido las enfermedades que padecía la asegurada, cuando esta no le puso de presente las posibles anomalías de su estado de salud y al ser auscultada frente a ello fue enfática en señalar que no padecía ni había padecido enfermedad alguna, es decir, no existieron ilustrativas señales de circunstancia que implicaran la agravación del riesgo o la imposibilidad de contratar el seguro.

Igualmente, es claro que, la aseguradora si indagó a la demandante frente a las condiciones y antecedentes de salud, con el diligenciamiento del formato de la declaración asegurabilidad, el cual contiene los aspectos puntuales que a dicha entidad le interesaba averiguar a fin de contratar el seguro, distinto es que, esta no se allanara a contestar de manera veraz, a pesar de encontrarse en tratamiento para la disfonía y el glaucoma que presentaba al momento de tomar el seguro, por lo que, en manera alguna podría aceptarse que desconocía dicho padecimiento o se trataba de una enfermedad silenciosa, actuación con la que igualmente se acreditan los presupuestos establecidos en la sentencia STL7955 de 2018, para la configuración de la reticencia como son el desconocimiento de la buena fe por parte de la demandante al ocultar las enfermedades que padecía a pesar de tener el pleno conocimiento de su existencia y de habérsele indagado por esta al diligenciar la declaración de asegurabilidad.

Por su parte la CORTE CONSTITUCIONAL en sentencia STC566 del 30 de enero de 2020, señaló:

"Para la Corte, la vulneración alegada no se presenta, porque a la tutelante le asistía el deber legal de manifestar los padecimientos diagnosticados en 2011, los cuales, tras ser asegurada, produjeron la incapacidad que ahora implora sea cubierta. Esto, máxime si el cuestionario expresamente, incluía una pregunta concreta sobre la deficiencia padecida, cuya respuesta se abstuvo de exteriorizar.

Sobre el deber de información de quien será beneficiario de un seguro, la Sala ha adoctrinado:

"(…) El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa.

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

"(...) De otra parte, cuando se trata de agravación del estado del riesgo, ocurrida en vigencia del amparo, la legislación mercantil contempla una solución similar a la de la etapa precontractual, dado que en esta fase liminar, una vez conocidas las circunstancias determinantes del estado del riesgo, el asegurador puede negarse a contratar, o puede hacerlo pero en condiciones más onerosas para el tomador (art. 1058 C. de Co.), mientras que si ello tiene lugar en el desarrollo futuro del pacto, puede revocar el contrato o exigir el reajuste en el valor de la prima, siempre que sea notificado de la agravación (art. 1060 del C. de Co) (...)".

"(...) En suma, si el tomador omite información relevante al momento de negociar un contrato de seguro, finalmente consolidado, se está en el escenario de la reticencia, que conduce a la invalidez relativa del convenio. Por su parte, si el asegurado se reserva información respecto de circunstancias de agravación del riesgo, presentadas luego de la entrada en vigencia del seguro se está en causal de terminación del vínculo (...)" .

Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.
Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la "ubérrima buena fe" que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza."

Además, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros de vida de grupo, la obligación de declarar el estado del riesgo la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.

También yerra el A-quo al afirmar, que la aseguradora se encontraba obligada a probar su mala fe al no declarar su verdadero estado de salud, toda vez que, lo alegado por la aseguradora es la reticencia de la demandante al momento de declarar el estado del riesgo y aunque en este caso puede considerarse que la enfermedad no declarada por la asegurada y que padecía desde antes de suscribir el contrato de seguro también se constituyen en una preexistencia, no puede dejar de mirarse tal circunstancia a la luz del art. 1058 del C.Co para arroparlo bajo el fenómeno de la preexistencia y soslayar el hecho, de que dicha norma en ninguno de sus apartes establece que para la configuración de la nulidad relativa por reticencia de la asegurada, deba demostrarse su mala fe al ocultar su verdadero estado de salud o hechos que resultaban determinantes en este, por el contrario,

lo que si establece es el deber para ella de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, sus condiciones actuales de salud frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Es por ello, que la falta de honestidad de la señora LEONOR MARÍA CUADROS GÓMEZ sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de haberlas sabido la aseguradora incidirían en la relación contractual, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la buena fe exigida a las partes al momento de celebrar el contrato y acarrea la nulidad relativa del convenio celebrado.

Tampoco es de recibo la afirmación de la demandante de que "en el Banco nunca me pidieron que llenara esos espacios, que ellos los llenaban" limitándose a poner su firma y huella en los documentos, siendo que en las pruebas aportadas al proceso no se encuentra demostrado que el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad se hubiere efectuado sin su consentimiento, lo que sí es evidente es que esta plasmó su firma y huella en dicho documento dando fe de la autenticidad de su contenido y sometiéndose a las sanciones estipuladas, frente a la omisión de información o falsedad en la misma, sin que hubiera acreditado la falsedad de dicha prueba documental en las oportunidades establecidas por la ley para tales efectos, y el hecho de haber firmado sin saber que debía declarar su estado de salud, tampoco es óbice para eximirla de su responsabilidad, como quiera que, todas las personas en sus actividades deben observar un mínimo de diligencia y el no observarla no puede ser error imputable al otro contratante, como se pretende en este caso y es que, no existe prueba alguna de que la demandante tenga alguna discapacidad o disminución en sus capacidades que no le permitieran entender lo que estaba realizando y que no supiera que estaba firmando un seguro de vida, por el contrario tiene en su contra la calidad de docente especializada de la cual se infiere, su plena capacidad mental y de entendimiento.

De manera que, desprendiéndose de los elementos probatorios que obran en el expediente, la señora LEONOR MARÍA CUADROS GOMEZ aseguró estar en perfectas condiciones de salud, negando que padeciera alguna enfermedad, al momento de celebrar el contrato de seguro en 02 de febrero de 2016 y 18 de septiembre de 2017. Tal negación es contraria a lo que se aprecia en la historia clínica y en lo manifestado en el interrogatorio de parte, donde se observa que, desde antes del año 2013, tenía los diagnósticos alegados por la aseguradora, por lo que resulta evidente que, a partir de lo acreditado y expuesto dentro del proceso, tal y como lo manifiesta el apelante, se está en presencia del fenómeno de la reticencia de la asegurada, por encontrarse demostrado el nexo causal entre la invalidez y las enfermedades no declaradas, las cuales fueron las determinantes en su pérdida de capacidad laboral, existiendo en consecuencia una completa relación causal entre el siniestro y los antecedentes patológicos ocultados, tal como lo dejó sentado la sentencia T-094 de 2019 de la Corte Constitucional.

Es pertinente reiterar que tal y como lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia, sea cual haya sido la razón del proceder del asegurado, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz, sin que pueda considerarse, como se dijo en precedencia, que para que pudiera configurarse la reticencia del demandante, debía probarse su mala fe, menos aun con sustento en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, pues no estamos ante el debate de la vulneración o no de derechos fundamentales y cuando esa misma alta corporación ha dejado establecido que la falta de sinceridad al declarar el estado del riesgo al momento de contratar el seguro de vida

contraría los principios por los cuales se rige dicho negocio jurídico lo que lo invalida relativamente por configurarse la reticencia, como se estableció en precedencia.

Ahora bien, es dable precisar que contrario a lo afirmado por la A-quo, en el presente asunto no se encuentra en discusión la fecha de estructuración de la invalidez de la demandante como quiera que ello se encuentra demostrado con el dictamen de calificación de invalidez aportado al proceso y que no fue objeto de discusión por las partes, sino que, lo que alega la aseguradora demandada es la existencia previa a la suscripción del seguro de las patologías con base en las cuales fue determinada la incapacidad total y permanente, circunstancia que como se expresó en precedencia se encuentra demostrada en este asunto, lo cual no analizó ni observo la juez de primera instancia. Además, si bien la póliza de seguros no ampara patologías sino la incapacidad total y permanente, no puede soslayarse que, para que pueda configurarse dicho amparo se requiere la presencia de enfermedades que afecten de manera determinante y considerable el estado de salud del paciente, por lo que, no puede echarse de menos la existencia de enfermedades en el tomador de la póliza y si estas se presentan antes, durante o después de la suscripción del contrato de seguro, amén de que con base en lo declarado por esta es que se determina el riesgo asegurado por la compañía demandada y el hecho de no ajustarse a la realidad sus manifestaciones conllevan a que se afecte la validez del negocio jurídico celebrado, como ocurrió en el sub examine.

Así pues, dilucidando el asunto en cita bajo la normatividad y la jurisprudencia reseñada en precedencia, resulta diáfano para esta agencia judicial, que en el presente caso se encuentra demostrado que la asegurada faltó al deber de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, por lo que se presenta la reticencia denunciada por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA S.A, que trae como consecuencia la nulidad relativa del contrato de seguro, lo que impone que deba revocarse la decisión dictada en primera instancia, para en su lugar, declarar probada la excepción propuesta de NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES N° 0110043 POR RETICENCIA, la cual conlleva a que se nieguen todas las pretensiones de la demanda.

Finalmente, se proveerá condenando en costas a la parte demandante, fijando las agencias en derecho en la suma de dos millones de pesos ($2.000.000,oo), equivalente a 2 SMLMV, de conformidad con el ACUERDO No. PSAA16-10554, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

RESUELVE

PRIMERO: Obedézcase y cúmplase, lo dispuesto por Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, en la providencia de fecha 11 de mayo del 2022, que decide conflicto de competencia.

SEGUNDO: Revocar la sentencia de fecha 16 de julio de 2019, proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Valledupar, Cesar, dentro del proceso de responsabilidad civil contractual promovido por LEONOR MARÍA CUADROS GOMEZ a través de apoderado judicial, en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR
j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

TERCERO: Negar las pretensiones de la demanda de responsabilidad civil contractual promovido por LEONOR MARÍA CUADROS GOMEZ a través de apoderado judicial, en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

CUARTO: Declarar probada la excepción de INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES Nº 00110043 QUE AMPARA LAS OBLIGACIONES Nº 00130158002436525 Y 00130158009611397280 POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COETANEAOS A SU CELEBRACIÓN ANTE LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO, propuesta por la parte demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

QUINTO: Condénese en costas a la parte demandante, en ambas instancias. Fíjense las agencias en derecho en la suma de dos millones de pesos ($2.000.000,oo).

NOTIFÍQUESE

DANITH CECILIA BOLÍVAR OCHOA
JUEZ.

Jose

Firmado Por:

Danith Cecilia Bolivar Ochoa
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 05 Escritural
Valledupar - Cesar

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

Código de verificación: **46f558e6847100fe7af2525f1d504dc04a1a83a32c2df22a0bf22081c3a00f1a**
Documento generado en 05/07/2022 05:06:20 PM

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