



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

Valledupar, Cesar, siete (07) de noviembre del año dos mil veintitrés (2023)

**REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
CONTRACTUAL**

DEMANDANTE: MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICACIÓN No. 20001-40-03-004-2018-00492-02

I. ASUNTO

Procede este despacho a desatar el recurso de apelación interpuesto contra la quince (15) de abril de 2021, proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Valledupar – Cesar, al interior del proceso de la referencia.

II. ANTECEDENTES

El Señor Manuel Antonio Villamil Buelvas promovió demanda para que se declarará que éste tiene derecho al amparo de la Póliza N° M02630011024380189605901202, en consecuencia, se condenará a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a cubrir el saldo insoluto de la obligación de un crédito hipotecario por valor de \$59.916.042 y además, que se condenara a pagar a título de intereses moratorios desde el mes de enero de 2017, fecha de configuración del siniestro, dichas pretensiones las realiza fundamentado en los siguientes hechos relevantes:

- El señor Manuel Antonio Villamil Buelvas suscribió crédito hipotecario con el BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA el día 26 de junio de 2012.
- El día 10 de enero de 2017 acaeció siniestro por riesgo común determinado por un grupo de médicos interdisciplinarios de COLPENSIONES.
- El Señor Manuel Antonio Villamil Buelvas tomó la póliza N° VGD N° 0110043 para garantizar el crédito hipotecario, en aquella oportunidad no recibió instrucción para diligenciar el cuestionario de declaración de asegurabilidad.
- La aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en oficio de fecha 28 de marzo de 2017 informó que el señor Manuel Antonio Villamil Buelvas omitió declarar que parecía de hipertensión desde el 24 de marzo de 2012.
- El señor Manuel Antonio Villamil Buelvas presenta antecedentes hipertensivos desde el día 6 de noviembre de 2012 hasta el año 21 de septiembre de 2015 fue diagnosticado con hipertensión esencial.
- Al momento de la reclamación, esto es, el 21 de marzo de 2017, el diagnostico que presentaba el Señor Manuel Antonio Villamil Buelvas era “Dx Trauma en mayo de 2016, OI: oftalmología de 20 de septiembre de 2016 OI: Trauma



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ocular Ol: de 22 de Diciembre de 2016, Neurología 1 de Noviembre de 2016, via óptica izquierda, presenta evento coronario tipo angina inestable, de fecha 23 de septiembre de 2015 con cateterismo, fisiatría 21 dolor cervical y lumbar de diciembre de 2016, irradiado a miembros, meniscopatia rodilla izquierda (astrocopia), dolor en muñecas, dedos y thinel, patologías que no tiene nexo causal con la hipertensión arterial primaria esencial”.

- El Señor Manuel Antonio Villamil Buelvas no fue notificado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. de la renovación automática del seguro realizada el día 11 de octubre de 2013, para esa fecha, no se le dio copia del cuestionario de asegurabilidad al demandante.
- El señor Manuel Antonio Villamil Buelvas cumple con los requisitos para ser acreedor de los amparos de la póliza de seguro de vida, teniendo en cuenta su pérdida de capacidad laboral del 59.82%.

III. TRÁMITE PROCESAL

Admitida la demanda mediante proveído de 03 de diciembre de 2018 y corrido su traslado, la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en escrito de 29 de abril de 2019, aceptó los hechos números 5, 6, 11, 14, 15, 16, 17, negó los hechos 3, 4, 8, 9, 12, 13, 18, 19, no le constan los hechos 1, 2, 7 y expresó que no eran hechos los relacionados en los numerales 10, 20, 21, 22. Se opuso a la totalidad de las pretensiones, por lo que propuso las siguientes excepciones de mérito: (i) inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza vida grupo deudores VGD-0110043, por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador /asegurado en la declaración del estado del riesgo. (ii) Límite de responsabilidad de BBVA Seguros de vida Colombia SA hasta el importe del valor asegurado en el amparo básico de vida, contenido en el contrato de seguro de vida contenido en la póliza vida grupo deudores VGD – 0110043 (iii) Imposibilidad de afectación del amparo cuyos pagos reclaman por inexistencia de oportunidad para controvertir dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral practicados a la asegurada, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013 (iv) genérica o innominada.

IV. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar, mediante sentencia de quince (15) de abril de 2021, accedió a las pretensiones de la demanda y como sustento de la decisión indicó que, en este caso concurren todos los elementos estructurales de la responsabilidad civil contractual (i) la existencia de un contrato válidamente celebrado entre las partes (ii) incumplimiento del demandado (iii) daño o perjuicio que deba repararse o indemnizarse (iv) relación de causalidad adecuada entre el incumplimiento y el daño.

Posteriormente, el Juzgado de Primera Instancia procedió a verificar cada una de las excepciones propuestas, las cuales consideró no probadas, y sobre la inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza vida



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

grupo deudores VGD-0110043, por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador/asegurado en la declaración del estado del riesgo precisó que le corresponde a la aseguradora demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del asegurado, así como debió desplegar todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues la aseguradora se encuentra vedada de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron y además, demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición que dio origen a la configuración del riesgo asegurado como elemento objetivo, en este caso en concreto, se pudo establecer que en la declaración de asegurabilidad el demandante autorizó a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguro u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A toda la información que posea sobre el estado de salud del demandante con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados, esa autorización permitía recolectar información para establecer el estado del riesgo, cuestión que se echa de menos, por lo que se impide la configuración de la nulidad pretendida, toda vez que, no es razonable salvaguardar la negligencia de la aseguradora demandada.

La demandada no demostró la mala fe del tomador tendiente a engañar o sacar provecho de la omisión aludida, en efecto, en la contestación de la demanda no existe prueba alguna que desvirtúe la buena fe del demandante, además, la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. aunque tenía la autorización expresa del demandante para demostrar la mala fe en la omisión, se limitó a suscribir el contrato de seguro sin un mínimo de diligencia.

Aunado a lo anterior, el despacho no pudo establecer si el antecedente de hipertensión arterial se trata de una impresión diagnóstica o de un diagnóstico definitivo, pues en el historial médico se visualizan fechas distantes con la primera valoración.

- Imposibilidad de afectación del amparo cuyos pagos reclaman por inexistencia de oportunidad para controvertir dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral practicados a la asegurada, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013:

El dictamen de invalidez N° 2017198185 expedido por COLPENSIONES en donde se determina una pérdida de la capacidad laboral del 59.82% fue notificado personalmente el día 13/01/2017 y desde el 28/03/2017 la aseguradora demandada tuvo la oportunidad de acudir directamente ante COLPENSIONES o acudir a la Jurisdicción ordinaria para los mismos efectos, sin embargo, no se realizó ninguna acción en busca de controvertir el dictamen, por lo que se puede afirmar que la demandada asumió una actitud pasiva y no ejerció los mecanismos judiciales dispuestos para salvaguardar sus derechos como aseguradora que asume el riesgo de invalidez y muerte. En esa medida, este no es escenario para debatir la falta



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

de notificación del dictamen de pérdida de capacidad de laboral del demandante por parte de COLPENSIONES.

- Límite de responsabilidad de BBVA Seguros de vida Colombia SA hasta el importe del valor asegurado en el amparo básico de vida, contenido en el contrato de seguro de vida contenido en la póliza vida grupo deudores VGD – 0110043:

Esta excepción tuvo vocación de prosperidad, teniendo en cuenta lo estipulado en el artículo 1079 del Código de Comercio.

V. FUNDAMENTOS RECURSO

Inconforme la parte demandada, interpuso recurso de apelación, los reparos concretos fueron: (i) indebida motivación de la sentencia y examen crítico de las pruebas, lo que conllevó a un error en la aplicación del derecho sustancial, dicho recurso fue sustentado de la siguiente manera:

La sentencia de primera instancia no tuvo en cuenta que la aseguradora BBVA Seguros De Vida Colombia S.A, se encontraba facultada para solicitar ante el despacho la nulidad del contrato seguro objeto de la litis, en aras de que se diera la aplicación a la consecuencia jurídica prevista en el artículo 1080 del Código de Comercio, que establece de forma clara y fehaciente que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, teniendo presente que 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. No se tuvo en cuenta que el demandante MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS fue reticente al declarar sobre su estado de riesgo al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad contenida en las Pólizas Vida Grupo Deudores No. 0110043 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA, en los días 13 de julio de 2012.

Con respecto a los errores en la valoración de las pruebas, el despacho cometió errores de hecho en la contemplación objetiva de varias pruebas documentales, que indiquen de manera manifiesta y trascendentes, por cuanto, se demostró que el señor Manuel Antonio Villamil fue reticente al declarar su estado de riesgo, en efecto, el demandante padecía hipertensión arterial desde el 24 de enero de 2012, incluso el dictamen de PCL de COLPENSIONES tuvo en cuenta la hipertensión para calificar el PCL, cuestión que consta en la historia clínica del demandante y además en el interrogatorio de parte, éste reconoció *“En la actualidad soy Hipertenso y esta patología me fue diagnosticada e iniciado un tratamiento el día 06 de Noviembre de 2012” (Grabación Hora 1.01.025)*, afirma *“Por lo tanto, la declaración de asegurabilidad realizada por el señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS, es falaz y aun cuando no sea necesario demostrar la mala fe, porque la norma no lo establece, ya que, en el artículo 1058 del Código de Comercio, no se encuentra ninguna afirmación respecto de la mala fe, HACER AFIRMACIONES CONTRARIAS A LA VERDAD ES MALA FE, DECIR QUE NO ESTÁ ENFERMO, QUE NO LA*



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

AQUEJAN LOS SÍNTOMAS DE SUS ENFERMEDADES, CUANDO LA VERDAD ES OTRA, ES MALA FE, y por supuesto, que genera la nulidad relativa del contrato de seguro, en aplicación a lo que dispone el artículo 1058 del Código de Comercio”.

Adicionalmente, existió una preterición y omisión total de la prueba documental denominada declaración de asegurabilidad, que demostraba que el demandante no declaró su real estado de salud al momento de suscribir la póliza objeto de la Litis.

En lo atinente a los errores en la aplicación del derecho sustancial, no se aplicó el artículo 1058 del Código de Comercio, puesto que, la consecuencia jurídica de la reticencia en la declaración del estado del riesgo produce nulidad relativa del seguro, norma que no fue aplicada por el Juez de Primera Instancia, así como existió una falta de aplicación del artículo 1158 del Código de Comercio, el cual establece 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.

Entonces, Todos los medios de pruebas evidencian que el señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS conocía que padecía de *Hipertensión arterial desde enero del año 2012 respectivamente y pese a eso, ingresó como asegurado a la póliza de seguro de vida grupo deudores, es decir, que antes de suscribir la póliza en mención ya se le había diagnosticado las patológicas de hipertensión arterial, por lo que es evidente, y muy claro que tenía y conocía desde antes de suscribir la declaración de asegurabilidad.*

Para resolver el recurso presentado, el Juzgado Quinto Civil del Circuito, expone la siguiente:

VI. CONSIDERACIONES

Verificada la ausencia de irregularidades que puedan ocasionar la invalidación de lo actuado, así como la satisfacción de los presupuestos procesales para decidir el recurso de apelación en los términos y con las limitaciones que establece el artículo 328 del C.G.P y la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil del órgano cierre¹, es del caso resolver el fondo del litigio.

En el caso analizado, el problema jurídico a resolver se contrae en determinar si debe revocarse la decisión de primera instancia que accedió a las pretensiones de la demanda de declarar civilmente responsable a la aseguradora SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A por el incumplimiento del contrato de seguros establecido con la póliza de seguro de vida Pólizas Vida Grupo Deudores No. 0110043 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA y ordenarle cubrir el saldo insoluto del crédito, adquirido por el señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS con BBVA Colombia, más los intereses de mora, de encontrar probado que existió una indebida valoración probatoria, así como una indebida aplicación de la normatividad sustancial y si le era exigible a la demandada acreditar la mala fe de MANUEL

¹ “El apelante debe formular los cargos concretos, y cuestionar las razones de la decisión o de los segmentos específicos que deben enmendarse, porque aquello que no sea objeto del recurso, no puede ser materia de decisión, salvo las autorizaciones legales necesarias y forzosas (art. 357 del C. de P. C., y 328 del C. G. del P.).” (CSJ, sentencia del 1° de agosto de 2014, expediente SC10223-2014, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona).



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANTONIO VILLAMIL BUELVAS en el negocio aseguraticio celebrado conforme lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, para la configuración del fenómeno de reticencia y su consecuente nulidad.

La sentencia ha de confirmar el veredicto reprochado, por cuanto, la jurisdicción ordinaria y constitucional exigen la prueba de la mala fe y otros elementos no acreditados en el plenario para la declaración de nulidad excepcionada. Veamos:

Para enervar la acción la demandada impugnante aseguradora BBVA Seguros De Vida Colombia S.A, presentó entre otras la excepción de NULIDAD RELATIVA DE CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043 POR RETICENCIA

El Juez de primera instancia declaró no probadas las excepciones propuestas por la demandada y concedió las pretensiones de la demanda, decisión que fue objeto de apelación por la demandada, cuyo estudio y resolución nos ocupa.

Dicha decisión está fundamentada en que no quedó demostrado que el demandante incurrió en reticencia al momento de llenar el formulario de declaración de asegurabilidad, por lo que no se configura un vicio en la voluntad en virtud de que no hubo ocultamiento o inexactitud al momento de declarar su verdadero estado de salud, por lo que, no se configura la nulidad del contrato de seguro.

La parte demandada mediante apoderado impugna la decisión y pide que se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar, se declare probada la nulidad del contrato de seguro porque se configuró un vicio en la voluntad en virtud de que hubo ocultamiento o inexactitud al momento de declarar su verdadero estado de salud y se condene a la demandada al pago de las costas procesales.

El artículo 1036 de Código de Comercio dispone que *“El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”*, a su vez, el artículo 1046 del Código de Comercio nos enseña que *“El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión”*. La Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC 19 dic. 2008, rad. 2000-0075-01 estipuló que el contrato de seguros es aquel *“por virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de “daños” o de “indemnización efectiva”, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro”*.

Los elementos esenciales de conformidad con el artículo 1045 del Código de Comercio son: a) el interés asegurable (art. 1083 y 1137); b) el riesgo asegurable (art. 1054); c) la prima o precio del seguro (art. 1066) y el pago del siniestro, como obligación condicional del asegurador (art. 1072) dentro de plazo legal (art. 1080), entonces, el asegurador debe reconocer con ocasión de la ocurrencia de un siniestro el pago de una suma por la que estuviese cubierto contractualmente el interés asegurado, así como para el asegurado y tomador, realizar las acciones para



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

la satisfacción del interés, además, debe presentar la reclamación como lo dispone el artículo 1074.

La Corte Suprema de Justicia en sentencia SC709-2015 expuso las características del grupo de vida deudores de la siguiente manera:

- *“Su celebración no es obligatoria, ni constituye un requisito indispensable para el otorgamiento de un crédito”.*
- *“El seguro de vida ‘grupo deudores’ constituye entonces una modalidad de seguro colectivo”.*
- *“En esa tipología de seguros no se cubre el incumplimiento de la prestación pactada”.*
- *“en el seguro de vida de deudores se cubre el riesgo consistente en la muerte del deudor, así como su eventual incapacidad total o permanente”.*
- *“El interés asegurable que en este tipo de contratos resulta relevante se halla en cabeza del deudor, así sea que al acreedor también le asista un interés eventual e indirecto en el seguro de vida grupo deudores”.*
- *“el acreedor es el tomador del seguro, obrando, para tal efecto, ‘por cuenta de un tercero’ determinado”.*
- *“Como tomador del seguro, el acreedor está a cargo del pago de las primas que se causen durante su vigencia”.*
- *“En compendio, ha de decirse que en el ‘seguro de vida grupo deudores’, el interés asegurable predominante está representado por la vida del deudor; por ende, éste tiene la calidad de asegurado; mientras que el acreedor tiene el doble papel de tomador y beneficiario a título oneroso. Además, el valor asegurado es el que fijen libremente el tomador y la aseguradora, sin más limitaciones que aquélla en virtud de la cual el acreedor no puede recibir una indemnización que supere el saldo insoluto de la deuda al momento del siniestro, porque hasta allí llega su interés asegurable (...)”.*

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador del seguro se obliga a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, por lo que la reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias conocidos por el asegurador, que hubieren retrotraído la celebración del negocio jurídico o llevado a estipular condiciones más onerosas, conllevan a la nulidad relativa del contrato.

En Sentencia SC167-2013 nuestro órgano de cierre precisó que *“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 mercantil²; (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 ejecución³; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora,*

² SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 27 de febrero de 2012, Exp. 11001 3103 002 2003 14027 01

³ SC de 26 de abril de 2007, Exp. 11001-31-03-022-1997-04528-01



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado⁴; (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 aseguramiento⁵; (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 encomendó⁶; (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 expresamente⁷”.

A su vez, conforme el artículo 871 del Código de Comercio, la “buena fe”, se fundó como principio rector de los actos mercantiles, rigiendo para “todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural”. Por su parte, el artículo 1058, consagra que, en virtud del principio de la buena fe, el tomador del seguro tiene la carga de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo.

Así, “en el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bona fidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su intermediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.” (Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC3791-2021), enseña esta Jurisprudencia que lo anterior, “no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «prescinda del examen médico» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el fondo, ante la alternativa de corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia.”

La Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC3791-2021 sostuvo que “a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la

⁴ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473.

⁵ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473; SC de 1 de septiembre de 2010, Exp. 05001 3103 001 2003 00400 01.

⁶ SC de 19 de mayo de 1999, G.J. t. CCLVIII, pág. 185; SC de 9 de diciembre de 2004, Exp. 1994-14978-02

⁷ SC de 18 de octubre de 1995, Exp. 4640; SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 1 de abril de 2002, Exp. 6825; SC de 26 de abril de 2007, Exp. 1997-04528-01, SC2803 de 4 de marzo de 2016, Exp. 005001 31 03 003 2008 00034 01



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

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...”

Respecto de la nulidad enseña la Corte Suprema de Justicia en Sentencia S3791 de 2021 que “(...) *Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son «relevantes»*⁸. *Para la jurisprudencia constitucional, «siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo»*”.⁹

El análisis del caso en concreto parte del hecho incontrovertido de la existencia de una relación contractual entre MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, pues, el 11 de octubre de 2013 el señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS suscribió solicitud de seguro de vida grupo deudores Póliza N° 0110043, dicho seguro amparaba la obligación 00130940009600157506¹⁰ por valor de \$70.000.000; sin embargo, se observa en dicho documento que la fecha de contabilización del crédito no es de esa fecha sino del 13 de Julio de 2012.

Asimismo, se encuentra probado que el día 21 de marzo de 2017, el señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS solicitó a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A el pago insoluto de las obligaciones Nros 158-9605901236 (Crédito de consumo) y 158-9605901202 (Crédito Hipotecario)¹¹, por cuanto, el dictamen N° 2017198185DD elaborado por la AFP COLPENSIONES arrojó un PCL del 59.82% con fecha de estructuración 10 de enero de 2017.

A folios 46 al 51 del cuaderno 01 del expediente se evidencia en el dictamen elaborado el día 10 de enero de 2017 por parte de COLPENSIONES, el historial clínico del demandante y respecto a la Hipertensión Arterial se expresó lo siguiente “(...) **CARDIOLOGÍA, 19 DE JULIO DE 2016: HTA HACE UN AÑO EN MANEJO CON MINART, CANDESARTAN, CARDIOASAWIN, ROSUVASTATINA, PRESENTO EVENTO CORONARIO TIPO ANGINA INESTABLE EL 23 SEPT 2015 CATETERISMO CORONARIO CON CORONARIAS NORMALES, CO ECCARDIOGRAMA QUE MUESTRA HVI CON FEVI PRESERVADA, CARDIOPATIA HIPERTENSIVA, IGUAL MANEJO (...)**”, en el capítulo 6 de dicho documento se lee “(...) **DIAGNOSTICO: I10 HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)**” y “**DEFICIENCIAS MOTIVO DE CALIFICACIÓN (...) enfermedad cardiovascular hipertensiva (...)**” y la sustentación fue “**(...) SE CALIFICA CON LOS HECHOS Y DOCUMENTOS APORTADOS POR EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES Y REPRESENTATES (...)**”. A folio 52 del cuaderno 01 del expediente se lee “**(...) El dictamen No. 2017198185DD se encuentra en FIRME y contra el**

⁸ OSSA G., J. Efrén. Teoría General del Seguro - El Contrato. Editorial Temis. Bogotá. 1991. pág. 333.

⁹ Corte Constitucional. Sentencia C-232 de 15 de mayo de 1997.

¹⁰ Folios 37 y 38 del cuaderno 01 del expediente de primera instancia.

¹¹ Folios 39 a 41 del cuaderno 01 del expediente de primera instancia.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

mismo sólo procede la jurisdicción ordinaria", la fecha de ese documento es 01 de febrero de 2017.

La demandada mediante memorial de fecha 28 de marzo de 2017 objetó la reclamación al banco BBVA COLOMBIA SA exponiendo lo siguiente *"(...) Por medio de la presente le informamos que después del análisis de la reclamación presentada en días pasados, afectando el amparo de incapacidad total y temporal por presentar Trastorno de Disco Lumbar y de acuerdo con historia clínica emitida por la EPS Saludcoop el 17 de marzo de 2015 se evidencia que el Sr. Manuel Villamil presenta antecedentes de Hipertensión Arterial desde al menos el 24 de enero de 2012 (...)".* En la historia clínica que se encuentra en el cuaderno 01 del expediente de primera instancia se lee lo siguiente:

- En la historia Clínica N° 364986941: aparece consignado la fecha de ingreso de demandante 11/07/2016, enfermedad actual *"(...) REFIERE EL PACIENTE CUADRO CUNICO DE 3 DIAS DE EVOLUCIÓN PRESENTANDO DOLOR EN REGIÓN PRECORDIAL, ASOCIADO A AUMENTO DE CIFRAS TENSIONALES, ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CUNICA PORTO AZUL EN BARRANQUILLA, EKG NORMAL, TRROPONINA NEGATIVA, DADO DE ALTA PARA VALORACIÓN AMBULATORIA POR CARDIOLOGIA, PERSISTE CON SENSACION DE ANGUSTIA, EN OCASIONES DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO, POR LO QUE ASISTE A CONTROL (...)"*, el diagnostico principal fue *"(...) Lectura elevada de la presión sanguínea, sin diagnóstico de hipertensión (...)".*
- Historia Clínica N° 333908369: fecha de ingreso 21/09/2015, enfermedad actual *"(...) PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES DE HTA CONTROLADA CARDIOPATIA ISQUEMICA CON RESULTADOS DE PERFUSION MICARDICA EL CUAL REPORTA ESTUDIO NORMAL EVIDENSIANDOSE INSUFICIENCIA CORONARIA POR LO QUE SE RECOMENIENDA CATETERISMO CARDIACO EL CUAL ESTA PROGRAMADO PARA EL MIERCOLES 23 DE SEPTIEMBRE POR LO QUE SOLICITARON EXAMENS COMPLEMENTARIO PREOPERATORIOS ACTUALMENTE PRESENTA DOLOR EN HEMITORAX IZO INTERMITENTE POR LO QUE CONSULTA (...)"* Negrilla fuera del texto, diagnóstico *"(...) Cardiomiopatía isquémica CONFIRMADO NUEVO (...)"* e *"Hipertensión esencial (primaria) IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA".*
- Historia clínica N° 313592108: fecha 17/03/2015 *"(...) paciente adulto medio con diagnóstico de HTA manifiesta que desde hace 4 días presenta cifras tensionales elevadas con cefaleas y vértigo periférico. (...)"*, en antecedentes personales se lee *"(...) Farmacológicos: Nombre de antecedente: Antihipertensivos 2015/05/22, Antihipertensivos 2015/03/17, Observaciones: Losartan 50 mg x1, Antihipertensivos 2012/11/06 Observaciones: lozartan y acetaminofen" y en patológicos crónicos: "(...) hipertensión Arterial 24/01/2012, Hipertensión Arterial 2015/03/17, Hipertensión Arterial 2012/11/06, Hipertensión Arterial 2015/05/22 Controlado con medicamentos".*



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

En el interrogatorio del demandante, éste hizo referencia a la enfermedad de Hipertensión Arterial, las cuales por ser relevantes se transcriben a continuación:

- *“(...) como paciente que soy conocedor de mi estado de salud, yo para la fecha en que ellos mencionan no era hipertenso, es decir, que cuando suscribí con ellos el crédito y obtuve la póliza no era hipertenso, no tenía un tratamiento prescrito para la hipertensión, ni me había sido diagnosticada como tal (...)”¹².*
- *Ante la pregunta “Manifiéstenos si hay al momento en que solicitó el crédito hipotecario con el Banco BBVAY tomó el seguro de vida con BBVA seguros de vida SA usted se encontraba recibiendo tratamiento por alguna patología en específico” respondió “No, señor juez, no me encontraba recibiendo tratamiento alguno, estaba en pleno ejercicio de mis funciones laborales en la compañía para la cual trabajaba. De hecho, esa era el atractivo para el banco, llamarnos y ofrecernos los créditos”¹³*
- *El despacho de primera instancia cuestionó “¿En documentos que obran en el expediente y la parte de demandante aduce que usted padecía una hipertensión arterial, sírvase manifestarnos si usted es hipertenso y desde qué momento le fue diagnosticada esta patología?”, el demandante afirmó “En la actualidad soy hipertenso y esta patología me fue diagnosticada e iniciado un tratamiento el día 6 de noviembre el 2012”.*

En el interrogatorio efectuado por la parte demandada:

- *Ante la pregunta ¿Sírvase manifestar desde cuando usted tiene conocimiento que padecía de hipertensión esencial primaria?, éste respondió “Desde el día 6 de noviembre del año 2012, cuando me fueron indicados unos medicamentos para el control de esa patología”¹⁴, además dijo que no había declarado que sufría de hipertensión “porque no tenía conocimiento ni estaba recibiendo tampoco tratamiento para esa patología, En ese momento habría sido mentira si yo hubiese declarado alguna patología. En ese momento habría sido mentira si yo hubiese declarado alguna patología”.*

Así mismo, el Señor Manuel José León Pinzón, representante legal de la demandada expuso en su interrogatorio:

- *“De acuerdo en la etapa precontractual, todos los asesores o funcionarios del banco hacen preguntas claras, expresas, en donde le manifiestan si tiene alguna de las patologías, cuál es otra medida previa que toma la aseguradora y que enseñe las capacitaciones, les explican cuáles son las consecuencias del artículo 1058 del Código de Comercio, esto es, hacer una declaración inexacta. Tiene implicaciones como: No hacer el pago de la prima, Vida reactiva el contrato de seguro”¹⁵.*

¹² Minuto 56:57 de la Audiencia de Instrucción y Juzgamiento

¹³ Minuto del 1:00:26 y subsiguiente de la Audiencia de Instrucción y Juzgamiento

¹⁴ Minuto 1:34:55 de la Audiencia de Instrucción y Juzgamiento

¹⁵ Minuto 1:11:19 de la audiencia de instrucción y Juzgamiento



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

- Ante el requerimiento “*Sírvase indicarnos si al momento de tomar la póliza debida al grupo de deudores, la compañía que usted te representa le entregó al señor demandante, señor Manuel Antonio Villamil Huelva, copia íntegra del clausulado que ríe dicho contrato, incluyendo los amparos y exclusiones*”, éste respondió “*En efecto, fue así, nótese algo, y es que siempre cuando una persona va a solicitar un crédito a la entidad bancaria BBVA, el funcionario está en la obligación y siempre lo hace. Le entrega un paquete exactamente igual al de todos los documentos que contiene el crédito a la declaración de asegurabilidad*”¹⁶

Además, en este caso se escuchó el testimonio técnico del Señor VICTOR ALFONSO MENDOZA, médico, especialista en Gerencia de Seguridad y Salud en el Trabajo y Derecho Laboral y Seguridad Social, quien afirmó que podía predicarse que el demandante padecía de hipertensión desde la fecha en la que aparece el diagnostico acompañado del tratamiento, esto es, 06/11/2012, además dijo “*(...) En otra parte de la historia clínica no aparece el inicio del tratamiento o por lo menos en lo en la documentación que me ha llegado no aparece el tratamiento o la fecha de otra fecha de inicio de tratamiento para hipertensión arterial del señor Manuel Villamil. (...)*”.

Del análisis de las anteriores pruebas se extrae que:

- (i) El señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS suscribió un contrato de seguros con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, dicho seguro amparaba la obligación “00130940009600157506” por valor de \$70.000.000, en este punto, observa este despacho que la obligación relacionada en la declaración de asegurabilidad, esto es, 00130940009600157506, no coincide con la obligación que relacionan en la objeción, donde se lee obligación “00130158629605901202”, el cual denomina el demandante en su reclamación a la aseguradora como (Crédito Hipotecario)¹⁷, otra incongruencia que presenta la declaración de asegurabilidad es que fue presuntamente firmada el 11 de octubre de 2013 pero su vigencia es del 13 de julio de 2012.
- (ii) El señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS afirmó que padece hipertensión desde el día 06 de noviembre de 2012, cuestión que fue confirmada por el testigo técnico VICTOR ALFONSO MENDOZA, quien es médico, éste manifestó que se entiende como que existe un diagnóstico cuando coincide el diagnóstico con el tratamiento, entonces, consta en el expediente, en la historia clínica N° 313592108 de fecha 17/03/2015 que dentro de todos los antecedentes del demandante, concuerda el tratamiento farmacológico con patológicos crónicos para hipertensión arterial solo hasta el día 06/11/2012, para la fecha 24/01/2012 (fecha en la que se basa la demandada para objetar la reclamación) figura como patológico crónico la hipertensión arterial pero no figura tratamiento farmacológico, entonces, solo puede predicarse que

¹⁶ Minuto 1:14:31 y siguientes de la Audiencia de Instrucción y Juzgamiento.

¹⁷ Folios 39 a 41 del cuaderno 01 del expediente de primera instancia.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

el demandado tenía diagnóstico de Hipertensión Arterial desde el 06/11/2012, recordemos que la demandada no allegó historia clínica (aun estando autorizada) para acreditar que para la fecha 24/01/2012 existía un diagnóstico de Hipertensión Arterial medicada y NO una impresión diagnóstica, historia clínica aportada tanto por el demandante como por el demandado ni el testimonio técnico fue tachado por el demandado frente a la conclusión dada respecto al inicio del diagnóstico, recordemos que “(...) *no toda omisión del asegurado puede ser considerada como reticencia, porque compete a la aseguradora como obligación de hacer tomar las medidas conducentes para comprobar la información suministrada (...)*”¹⁸, tal como se observa a continuación:

Revisión por Sistemas		
Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema
Antecedentes Personales		
Descripción		
Farmacológicos	Nombre Antecedente	Antihipertensivos
	Fecha	2015/05/22
	Nombre del Medico:	Vanesa Katherine Rodriguez Hamburguer
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Antihipertensivos
	Fecha	2015/03/17
	Nombre del Medico:	Hector Eduardo Galindo Sanchez .
	Observaciones	losartan 50mg x 1
	Nombre Antecedente	Antihipertensivos
	Fecha	2012/11/06
	Nombre del Medico:	Reynaldo De Jesus Hernandez Tarifa
	Observaciones	losartan y acetaminofen
Patológicos Crónicos	Nombre del Medico:	Vanesa Katherine Rodriguez Hamburguer
	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2012/01/24
	Nombre del Medico:	Hector Eduardo Galindo Sanchez
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2015/03/17
	Nombre del Medico:	Hector Eduardo Galindo Sanchez
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	No refiere
	Nombre del Medico:	Leonor Baute Arreondo
	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2012/11/06
	Nombre del Medico:	Reynaldo De Jesus Hernandez Tarifa
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2015/05/22
	Nombre del Medico:	Vanesa Katherine Rodriguez Hamburguer
	Observaciones	controlado con medicamentos

- (iii) El demandante en su interrogatorio da a entender que suscribió la póliza con anterioridad al 11 de octubre de 2013, pues siempre expresó que para la fecha que suscribió el crédito (junio de 2012) no era hipertenso y que no tenía tratamiento prescrito, ni lo habían diagnosticado como hipertenso, afirmando que fue diagnosticado en noviembre de 2012, es decir, con posterioridad a la firma de los documentos del crédito y la declaración de asegurabilidad, esto es lo coherente si se contrasta con la declaración del representante legal de la aseguradora que dijo “*es que siempre cuando una persona va a solicitar un crédito a la entidad bancaria BBVA, el funcionario está en la obligación y siempre lo hace. Le entrega un paquete exactamente igual al de todos los documentos que contiene el crédito a la declaración de asegurabilidad*”¹⁹, en este proceso nunca se ventiló y mucho menos demostró si el demandante suscribió más de una declaración de asegurabilidad o el motivo por el cual la fecha de la declaración fue con posterioridad al crédito inicial.

¹⁸ Corte Suprema de Justicia sentencia STC1409-2021

¹⁹ Minuto 1:14:31 y siguientes de la Audiencia de Instrucción y Juzgamiento.



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

- (iv) El dictamen de pérdida de la capacidad laboral elaborado por COLPENSIONES sí tuvo en cuenta la patología denominada Hipertensión Arterial, consta folios 46 al 51 del cuaderno 01 del expediente “(...) DIAGNOSTICO: I10 HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)” y “DEFICIENCIAS MOTIVO DE CALIFICACIÓN (...) *enfermedad cardiovascular hipertensiva (...)*”, sin embargo, no se puede establecer del porcentaje de la pérdida, esto es 59.82%, cual fue la calificación de la patología mencionada, por cuanto, fueron calificadas 8 patologías en total, en ese sentido, no se puede establecer sí en realidad esta enfermedad fue relevante o no, porcentualmente hablando.

De las anteriores conclusiones, se establece que el Juez de Primera Instancia no verificó sí en realidad el Señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS tenía conocimiento de su preexistencia de Hipertensión Arterial en el momento de la declaración de asegurabilidad y la fecha de suscripción de esa declaración, así como tampoco, la parte recurrente arrojó prueba tendiente a verificar que el señor Villamil Buelvas actuó de mala fe, por cuanto, como se dijo en párrafos anteriores, existe incongruencia en cuanto a la fecha de declaración de asegurabilidad, la realización del crédito y la vigencia de la póliza, además, no es cierto que una preexistencia tenga como consecuencia jurídica inmediata la reticencia, puesto que hay que analizar aspectos *como 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*²⁰, es justo este aspecto el que no se cumple en este caso.

En relación con ello, se considera que el artículo 1058 del Código de Comercio si bien exige que “*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*”, también establece que “*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*”, es decir, aplicándolo a este caso, que la aseguradora estaba obligada a demostrar que de haber conocido que el Señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS padecía de hipertensión arterial habría estipulado condiciones más onerosas o se hubiera retraído de celebrar el contrato, por cuanto, si no hay prueba de ello, como ocurre en este caso, por lo que no es admisible declarar la nulidad relativa del contrato de seguro.

Es cierto que las preguntas del cuestionario efectuado tienen importancia en la medida que permiten valorar el riesgo y que una respuesta diversa a la realidad podría generar la abstención de celebrar el contrato o estipular condiciones onerosas, sin embargo, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio esa situación debe demostrarse por parte de la aseguradora para que el Juzgador pueda analizar el alcance de la omisión o la inexactitud, nótese que el representante legal de la aseguradora expresó que la omisión en la información tiene implicaciones como *No hacer el pago de la prima*, nada dijo sobre cual habría sido la determinación de la aseguradora en el evento en que se hubiese declarado que el señor MANUEL ANTONIO VILLAMIL BUELVAS tenía hipertensión arterial, dicha

²⁰ Sentencia SC167-2013 – Corte Suprema de Justicia



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

conclusión esta soportada en la en Sentencia SC167-2013 de nuestro órgano de cierre que precisó “Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (...) (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 (...)**” negrilla fuera del texto.

Bajo este panorama, conviene recordar que, la Corte Suprema de Justicia en sentencia de 1º de septiembre de 2021 SC3791 de 2021, luego de realizar un barrido de la jurisprudencia ordinaria y constitucional sobre la interpretación del artículo 1058 del C. Co., en lo que respecta a la reticencia, indicó:

(...) ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. **Buena fe.** Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la **buena fe también cobija 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 ubérrima 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**²¹. 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 cuál 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. Este punto por ejemplo, aparece en la 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. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela. (...)” Negrilla fuera del texto.

(...) Sobre el particular, en reciente acción constitucional por unanimidad, en la radicación 11001-02-03-000-2020- 00827-00, la Sala realzó la doctrina de la sentencia T-282 de 2016, donde se explican algunos de los criterios expuestos antes:

²¹ COLOMBIA, CSJ. 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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

«En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. [...]

«22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, **deberá demostrar el nexo** de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual **que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.**

«El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una **especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.**

«23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, **además de probar este elemento objetivo:** a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, **tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador.** En consecuencia, la aseguradora tiene **una doble carga:** i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición» (Negrilla fuera del texto).

Tesis anterior, reiterada en sentencia T-027 de 2019 por la Corte Constitucional, en la que enfatizó que la aseguradora debía acreditar: **i)** El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro, y **ii)** La mala fe al celebrar dicho negocio jurídico, en los siguientes términos:

“(…) [L]a carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que, si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

«[E]l deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

«[D]esplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, **comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia**. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales– ; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado»²².

Todo esto, bajo el contexto que el estudio o juicio recae precisamente en la afectación de la voluntad o vicio del consentimiento de la aseguradora en la celebración del contrato, es decir que, ante el ocultamiento con propósito y relevancia, aquella no pudo determinar correctamente su conducta negocial pero como se ha dicho, la aseguradora no demostró que en realidad las condiciones habrían cambiado de haber sabido que el demandante padecía hipertensión arterial, además, como quedó demostrado, existe una seria de incongruencias en las afirmaciones realizadas tanto por el demandante como por el representante legal de la aseguradora con la declaración de asegurabilidad, puesto que, el demandante afirma con absoluta certeza que padece hipertensión desde noviembre de 2022, fecha posterior a la que declaró haber firmado los documentos del crédito (junio de 2022), de hecho, en reiteradas oportunidades tanto en el interrogatorio de oficio del Juzgado de Primera Instancia como en el Interrogatorio de la parte demandada, por su parte el representante legal de la aseguradora afirmó que en el momento de suscripción del crédito se firman todos los documentos, en efecto, la vigencia de la solicitud de asegurabilidad iniciaba el 13 de julio de 2012, entonces se pregunta este despacho ¿Cómo es posible que una solicitud de seguro (certificado individual) contemple una vigencia anterior (13 de julio de 2012) a la firma de la solicitud (11 de octubre de 2013)?, se supone que cuando se firma una solicitud la vigencia debe ser posterior y no anterior, a criterio de esta Juzgadora la aseguradora no demostró la mala fe del demandante teniendo la oportunidad de hacerlo, por ejemplo, pudo traer al plenario la póliza anterior a la firmada el día 11 de octubre de 2013 que permitiera concluir que en realidad existieron 2 pólizas y no una como lo afirmó el demandante en su interrogatorio y que la segunda póliza fue firmada después de mas de un año de haber realizado el crédito el demandante.

La anterior posición guarda respaldó en la sentencia SC de 11 de abril de 2022 que estableció “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

²² COLOMBIA, C. Const. Sent. 027 del 30 de enero de 2019, Mg. Pon. Dr. Alberto Rojas Ríos.



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

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”.

Visto lo anterior, no es equívoca la decisión de primera instancia que exige la probanza de la mala fe del demandante, para la declaración efectiva de la defensa propuesta por la aseguradora, presupuesto además que se detalla, no descansa tampoco solo en su acreditación llana, pues también es exigible conforme la jurisprudencia, la acreditación de la relevancia de dicha omisión de información, ya que la nulidad relativa se presentará cuando, de haberla conocido el asegurador, ello, lo «*hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas*», y no por la simple evidencia como lo planteó el recurrente.

En este punto, téngase en cuenta que además de las subreglas jurisprudenciales vistas, a este caso le era aplicable la regla del artículo 167 del Código General del Proceso, pues, la carga de la prueba de los elementos para la configuración de la reticencia gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción. Tan es así que, en el certificado de asegurabilidad, la misma compañía, consagra que se otorgaba autorización expresa para obtener entre otros elementos, la historia clínica a fin de dar certeza al fallador que desde el 24 de febrero de 2012 fue diagnosticado y medicado por padecer de hipertensión arterial.

Así las cosas, no le asiste razón alguna a la recurrente en su reparo de indebida interpretación del artículo 1058 del C. Co, por cuanto, no existe prueba de la mala fe del demandante, esto es que pretendía defraudar a la aseguradora al presuntamente omitir declarar que padecía de hipertensión arterial.

En este caso en particular la aseguradora no demostró que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido y que el demandante actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación del padecimiento de hipertensión arterial, tal como lo dispone la Jurisprudencia. Además, no se demostró la relevancia de la presunta omisión de la información, ya que la nulidad relativa se presentará cuando, de haberla conocido el asegurador, ello, lo “*hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas*”.

Al no prosperar el recurso de apelación interpuesto, la recurrente será condenada en costas y se fijarán agencias en derecho en esta instancia en la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que incluirá el Juzgado de primera instancia en la liquidación de costas de conformidad al artículo 366 del C. G. del P.

En mérito de lo expuesto, El Juzgado Quinto Civil del Circuito, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

VII. RESUELVE



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR**

j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

PRIMERO: CONFIRMAR la Sentencia proferida quince (15) de abril de 2021, proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Valledupar – Cesar, en el presente asunto conforme lo expuesto en este proveído.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta instancia a la parte recurrente. Como agencias en derecho se fija la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que serán liquidadas de manera concentrada por el Juzgado de primera instancia en atención a lo previsto en el artículo 366 del Código General del proceso.

TERCERO: Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para los fines pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

DANITH CECILIA BOLÍVAR OCHOA
Juez.

YMAG

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: **55efcb6946fcb803c434537343adf29f5f2a7780b9de321339615001b483b212**

Documento generado en 07/11/2023 04:31:42 PM

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