

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR



RAMA JUDICIAL.  
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD  
<https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-01-civil-del-circuito-de-valledupar>  
E-mail: [J01ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:J01ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co) Tel. 5 - 5701158  
Carrera 14 No. 14 Esquina, Palacio de Justicia  
Valledupar - Cesar

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD.**

Valledupar, diez (10) de noviembre de dos mil veinte (2020).

REF. APELACION DE SENTENCIA.  
DECLARATIVO RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL  
DTE. CESAR ENRIQUE LOPEZ MORON  
ADO. DTE. DR. CARLOS MARIO RUMBO FARFAN  
DDO. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A  
RAD. No. 20 001 40 03 007 2018 00359 01.

**OBJETO A DECIDIR.**

A continuación de conformidad con lo reglamentado por el artículo 14 del Decreto 806 del 2020, se procede a dictar la sentencia de segunda instancia que en derecho corresponde dentro del presente proceso, en el cual se encuentra surtiendo recurso de apelación de la sentencia de fecha 03 de septiembre del 2019 proferida por el Juez Primero Civil Municipal de Valledupar, en la cual se declaran probadas las excepciones propuestas por la entidad demandada.

**ACTUACION PROCESAL.**

El Aquo emitió sentencia que declaró probadas las excepciones propuestas por la entidad demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, teniendo como base el acervo probatorio arrimado al proceso, por considerar que el demandante faltó a su deber de declarar sinceramente su estado de salud al momento de la suscripción del contrato de seguro y que inclusive se actúa con mala fe contractual, por lo que considera que opera la nulidad relativa del contrato de seguro.

Luego, El apoderado judicial de la parte demandada inconforme con la decisión la apela y presenta reparos puntuales contra la sentencia con base en premisas del derecho sustancial que no fueron tenidas en cuenta, ni con la jurisprudencia que soporta la carga de la entidad aseguradora de oscultar sobre el estado de salud de los asegurados.

En este sentido procede el despacho con la admisión en el efecto suspensivo del recurso de apelación a través de providencia del 11 de octubre del 2019, y que vencido el termino de la providencia se fija fecha para la realización de audiencia para el día 08 de febrero del 2020, pero que una vez llegada la fecha programada no pudo realizarse y se reprograma para el día 02 de abril del 2020, fecha en la cual tampoco pudo llevarse a cabo por encontrarse el país en estado de emergencia económica, social y ecológica declarada.

Con base en lo anterior, y ante la expedición del Decreto 806 del 2020, para ajustar el tramite procesal a la regulación normativa emitida con respecto a la decisión de apelación de segunda instancia, para el efectivo desarrollo y proferir la decisión correspondiente, conforme al inciso tercero del articulo 14 de la mencionada norma,

en auto de fecha 16 de julio del 2020 se concede al apelante el termino para que aporte el escrito de sustentación del recurso como efectivamente se realizo por parte del interesado, luego a través de auto del 11 de agosto del 2020 se corre traslado al no apelante para que presente sus descargos, el cual es descorrido por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A en escrito allegado vía correo electrónico el 12 de agosto del 2020.

### **SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACION**

Dentro de la oportunidad procesal para ello el demandante a través de su apoderado, sustenta el recurso impetrado en los siguientes términos:

Se emite sentencia desestimatoria valorando inadecuadamente los medios de prueba, al concluir que la parte demandante había actuado de mala fe, al no haber declarado el estado de salud que tenía para la fecha en la cual suscribió el contrato de seguro de vida grupo deudores, siendo que dentro del proceso se demostró que esa omisión en la información, se debió a la negligencia y cuidado de la entidad bancaria.

Aduce que el juzgado actuó de manera contraevidente e irrazonable con lo que los medios de prueba demostraban en el proceso, lo que lo llevó a adoptar una tesis inversa a los parámetros jurisprudenciales constitucionales que se han consolidado para aplicar la figura de la reticencia como objeción para el pago del seguro de vida grupo deudores de un crédito personal.

Que el juzgado concluyó, que el demandante del proceso de responsabilidad civil contractual, en los términos del artículo 1508 del Código de Comercio, había faltado a la verdad o había actuado con falta de sinceridad para el momento de la declaración de asegurabilidad, pues pese a conocer su estado de salud, no dio a conocer ese aspecto.

La decisión censurada no encaja dentro de lo racional, pues pese a que en lo formal, tal conclusión pareciera que se ajusta a los criterios legales, el comportamiento de la entidad aseguradora al objetar el pago del seguro por una supuesta mala fe, con base en lo acreditado proceso, ha sido analizado en diversos casos similares características por la jurisprudencia constitucional, en donde se ha destacado que el juzgador debe examinar las siguientes reglas para establecer si, realmente hay lugar a aplicar la reticencia contractual del artículo 1508 del Código de Comercio.

Por ultimo consigna que las equivocaciones del Juzgado en su valoración probatoria son evidentes, pues si el demandante fue calificado el 19 de enero de 2017, como inválido con un 52,17% de pérdida de capacidad laboral, debido a que por su dolor cervical y otras enfermedades relacionadas con la columna vertebral y su labor como trabajador del cerrejón, ya no podía ejercer dicha labor, la cual se estructuró el 16 de agosto de 2016, no podía concluirse que el actor actuó de mala fe pretendiendo esconder las enfermedades con anterioridad a la suscripción del formulario de aseguramiento, pues es claro que la situación de invalidez se produjo con posterioridad al acuerdo negocial.

En su oportunidad BBVA SEGUROS DE VIDA S.A, descorre el traslado del recurso de apelación indicando que debe confirmarse la sentencia apelada por resultar acertada la sentencia de primera instancia, ya que el demandante no cumplió con el deber legal de soportar con pruebas los hechos de la demanda, pero que se encuentra plenamente demostrado dentro del proceso que el señor CESAR

ENRIQUE LOPEZ MORON, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el día 18 de febrero de 2015 omitió el deber de declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades que haya padecido o padezca, que de acuerdo con la historia clínica remitida se pudo evidenciar que tenía antecedentes de DOLOR CERVICAL QUE INICIA EN EL AÑO 2001, EN RNM DE COLUMNA LUMBOSACRA DEL 18 DE OCTUBRE DE 2014 REPORTA DISCOPATÍA DEGENERATIVA L4 A S1, ADICIONALMENTE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA HACE MAS DE 20 AÑOS, hecho que se encuentra acreditado, lo cual no fue informado a la aseguradora al momento de suscribir el contrato.

### **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.**

Partiendo de la base que la sustentación del recurso de apelación, marca la competencia del *Ad quem*, se tiene entonces que el problema jurídico a absolver se circunscriben a determinar, si el a quo declara probada las excepciones teniendo como base principalmente que encuentra probada la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia, con fundamento en las patologías registradas en su historia clínica, o por el contrario si le asiste razón al apelante al indicar que tal situación contractual obedece a la negligencia en la actividad aseguraticia de la entidad demandada, lo cual no es atribuible como carga a su representado.

A groso modo aduce el apelante que la decisión censurada, adolece de valoración probatoria adecuada pues no puede abrogarse responsabilidad en su defendido en la verificación de información sobre su estado de salud, lo cual es deber de la aseguradora, además que se declara probada la reticencia cuando se estructura la pérdida de capacidad laboral en fecha posterior a la de la suscripción del contrato de seguro.

Partiendo de la base que la sustentación del recurso de apelación, marca la competencia del *Ad quem*, se tiene entonces que los problemas jurídico a absolver se circunscriben a determinar, si el a quo 1. Si se valora en debida manera la prueba documental de la póliza de seguro y su clausulado. 2. Si se realiza una adecuada aplicación de la normatividad sustantiva. 3. Si se usa adecuadamente el precedente jurisprudencial.

A groso modo aduce el apelante que no se ha podido probar por parte de los demandados la reticencia que nulite el contrato objeto de este asunto, pues no es posible atribuir la carga al asegurado cuando se ha contado con las herramientas para la consecución de la información necesaria sobre su estado de salud, además de ser un hecho conocido por la aseguradora pues se suscribe contrato en calidad de pensionada por invalidez.

Resaltando la Ley 100/93 creo el sistema de seguridad social estableciendo el régimen de incapacidades; manual de calificación de invalidez y el precedente jurisprudencial de la Corte Constitucional específicamente la T-007/2015.

De dichas herramientas jurídicas antes relacionadas se extrae, que si bien es cierto se dispuso por parte de la aseguradora, lo que se entiende, según su criterio por amparo por invalidez, situación que aceptó la tomadora al momento de suscribir el contrato de seguro, también es verdad que esta disposición no puede estar por encima, de la normatividad vigente para el caso, y así mismo de las cláusulas contractuales que lo fundan.

Al efecto, el art. 871 del C.cio, expresa “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no solo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre y la equidad natural.”

Anotamos, que en el presente asunto estamos frente a un contrato que por imperativo de la masa de relaciones económicas que suele cubrirse con ellos, se hayan preestipulados, imponiéndose sus cláusulas a quienes lo celebran por adhesión, o sea sin mediar una genuina y libre discusión de aquéllas, cual acontece de ordinario en el contrato de seguro.

En consecuencia, se trata de un contrato de vida grupo deudores, de una persona que al momento de suscribirlo es decir en el año 2015, no se encontraba en proceso de calificación de su invalidez, pero que se le pone de presente declaración de asegurabilidad donde se le interroga sobre su estado de salud, sin tener en cuenta que se trate de enfermedades que estén causando pérdida de su capacidad laboral, simplemente se realizan en específico el interrogante sobre las enfermedades que excluyen su cobertura en la póliza o que de padecerse cambia las condiciones en que se celebra el contrato, en este sentido, encontrándose plasmada la firma del demandante en dicha declaración, lo cual no ha sido desconocido en el proceso, se tiene certeza de haber conocido su contenido y haber contestado negativamente todas las preguntas, lo cual resultada contrario a su real estado, pues se encuentra probado en el plenario que el demandante presentaba padecimientos de salud de importante relevancia, pues su evolución data de varios años atrás y que fueron patologías que directamente incidieron en la calificación de invalidez y que dan base a la pérdida de capacidad laboral tales como PROBLEMAS DE COLUMNA-LUMBARES, HIPERTENSION ARTERIAL, móvil de la reclamación del riesgo asegurado, faltando directamente a su deber de declarar sinceramente su estado de salud, que resulta una situación que directamente afecta el contrato suscrito.

En atención a lo resuelto por el juez de primera instancia, mantiene el despacho la orden emitida al considerar que para el caso concreto, no está en tela de juicio la existencia del contrato, hecho que es aceptado por las partes, así como tampoco el cumplimiento en el pago de la prima; el punto álgido de la controversia radica en que la aseguradora esgrime no tener la responsabilidad de cumplir el contrato de seguros ante la muerte de la asegurada, en razón de la reticencia que genera la nulidad relativa del contrato, como ha quedado probado en la demanda.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia se configura cuando el tomador del seguro expone u omite unos hechos que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora, se habría emitido una póliza más onerosa, por ello se genera la nulidad relativa del seguro.

Según esa misma norma, *“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.”*

Sobre el tema, dijo **la Corte Constitucional en sentencia T-251 del 2017**, que ello no significa y “no puede ser excusa para que un tomador- beneficiario solicite el reconocimiento de una póliza de seguro declarada nula en virtud de su mala fe. Así las cosas, el artículo 83 de la Constitución repudia tanto las prácticas arbitrarias de las aseguradoras como de los tomadores. **A modo de ejemplo, si se demuestra que el tomador de la póliza conocía de antemano la existencia y gravedad de una enfermedad al momento de celebrar el contrato, sin ninguna duda este podrá ser declarado nulo debido a la reticencia. Cosa distinta es el caso de que el beneficiario manifieste los síntomas de su enfermedad o que estos se encuentren en la historia clínica y la aseguradora dentro de los límites razonables, no indague sobre su gravedad.**”

Es de aclarar que reticencia lleva de suyo la mala fe, mientras que la preexistencia refiere a las afecciones de salud que aquejaban al asegurado desde antes de la celebración del contrato.

Entiende la Corte Constitucional en sentencia T-222 de 2014 que *“la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia”*, pero si el declarante no tenía no tenía posibilidad de conocer completamente la información, es desproporcionado que se le imponga una carga que indiscutiblemente no puede cumplir.

Tanto para la Corte Suprema de Justicia como para la Corte Constitucional, esa mala fe de la reticencia debe ser probada por la Aseguradora; en sentencia del 11 de abril del 2002, la Sala de Cas. Civ., en cita tomada de la sentencia T-251-2017 *“las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad”* lo que permite asegurar a la Corte Constitucional que “la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia.”

Esa posición está, en criterio de este Despacho, también acorde con la sentencia del 25 de mayo del 2012 de la Sala de Cas. Civ. De la C.S.J., M.P. RUTH MARINA DÍAZ RUEDA que resalta la eficacia del cuestionario que proponga la aseguradora, con la aclaración de que las omisiones e inexactitudes del tomador o asegurado deben responder a una falta de información o conocimiento, para que pueda haber teñido de mala fe el diligenciamiento del mismo.

Por eso, en sentencia SC2803 del 2016, la Sala de Cas. Civ., con ponencia del doctor FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ, explica que **“la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.”**, y explica que ese agravio se atenúa, cuando el silencio o distorsión de la situación son producto de un «error inculpable del tomador», caso en que sólo se disminuye el monto a indemnizar, **“pero eso sí, con la salvedad de que en el «seguro de vida» una**

**vez transcurridos «dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato» deja de aplicarse la reducción por expresa disposición del artículo 1160 ejusdem.**” y que esas salvedades tienen relación con el «conocimiento presuntivo del estado del riesgo» y son inmanentes al deber del asegurador de verificar los datos suministrados por el tomador, cuando tenga serias dudas de su certeza, sin que ello implique una exigencia para el asegurador del agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que lo asume, como si fuera de su exclusivo cargo.

En este caso se trata del padecimiento de enfermedades incapacitantes diagnosticadas y en tratamiento desde fecha anterior a la suscripción del contrato y que como relata el propio demandante, por tanto si bien es cierto que la aseguradora tuvo en sus manos los medios para comprobar el verdadero estado de salud de la asegurado, no es menos cierto que ante un padecimiento conocido plenamente y bajo el riesgo anterior al contrato, debió informarse sinceramente la situación de salud que resulta desencadenante del lamentable y fatal suceso.

Evento que pudo ser verificado a través de historia clínica o exámenes durante la vigencia del contrato, pero que no debe darse tratamiento de evidente apariencia de enfermedad a la aseguradora o al banco demandado quien mantuvo la relación crediticia, que pudiera entenderse como una omisión o negligencia de la aseguradora para identificar durante la vigencia del contrato, su renovación y hasta la fecha de estructuración de la invalidez, pues la complejidad del cuerpo humano solo es interpretable por la ciencia, y es dada a conocer por los diagnósticos que emiten los especialistas en las ramas de la salud.

Así las cosas, como lo ha venido explicando la Corte Suprema de Justicia, y la Corte Constitucional, la sanción de nulidad de relativa por reticencia no se esfuma simplemente porque el asegurador no realizó exámenes médicos de ingreso. Además de lo que se ha señalado en sentencia de T-251 del 2017, se ha aclarado que “si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.” (Corte Constitucional)

De modo, que por no cumplir la parte demandante con los elementos axiológicos para que pueda declararse responsabilidad contractual en cabeza de la aseguradora demandada y además por resultar probada la conducta reticente de la aseguradora al momento de la suscripción del contrato de seguro, como acabó de explicarse, no le asiste ninguna razón en los argumentos del recurso de alzada, por lo que habrá de confirmarse la decisión atacada, sin estudio de cualquier otro tema derivado de esta Litis, en tanto que como juzgadora de segunda instancia las resultas se centran en los argumentos con que se sustenta la alzada.

Por consiguiente, se confirmara la providencia apelada proferida en fecha tres (03) de septiembre de dos mil diecinueve (2019) declarando probada la excepción de NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO PERSONAL POR RETICENCIA INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE REALIZAR INSPECCIÓN DEL ESTADO DE RIESGO (EXAMENES MEDICOS) A CARGO DE SU REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,

BUENA FE DE SU REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. EN LA CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES N° 0114300, INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO E INEXISTENCIA DE LA EVENTUAL OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA POR CUENTA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y A FAVOR DEL DEMANDANTE CON AFECTACIÓN A LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES N° 0110043, por la Juez Primera Civil Municipal de Valledupar, se condena en costa para la parte vencida CESAR ENRIQUE LOPEZ MORON, quien deberá cancelar las que se fijen en ambas instancias conforme al artículo 365 numeral 4 del Código General del Proceso.

Fijando como agencias en derecho en esta instancia, la suma de UN (01) SALARIO MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE, conforme al Acuerdo 10554 del 5 DE AGOSTO DE 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

Por lo expuesto, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Valledupar, Cesar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley;

### **R E S U E L V E .**

**PRIMERO. CONFIRMAR** la sentencia proferida por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR, emitida el tres (03) de septiembre de dos mil diecinueve (2019), conforme a lo motivado.

**SEGUNDO. CONDENAR** en costas a la parte recurrente vencida **CESAR ENRIQUE LOPEZ MORON**, Fijar como agencias en derecho la suma de UN (01) SALARIO MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE. Practíquese por secretaria la liquidación de costas correspondiente.

**TERCERO.** Remítase el expediente al juzgado de procedencia.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**  
ESTADO DE EMERGENCIA SOCIAL,  
ECONÓMICA Y ECOLÓGICA  
FIRMA - D.E.T.O. L. 491 DEL 28 DE  
MARZO DE 2020, ART. 11.  
**SORAYA INÉS ZULBETA VEGA.**  
JUEZ

JOSEC

