

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
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 Tel. 5 - 5701158
Carrera 14 No. 14 Esquina, Palacio de Justicia
Valledupar - Cesar

REF. DECLARATIVO VERBAL
DTE. CONCEPCIÓN RAMOS TINOCO
DDO. BBVA S.A. Y BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
RAD. No. 20001 40 03 001 2019 00196 01

Valledupar, 13 de agosto de 2021.

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA:

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 22 de julio del 2020 por el Juzgado Primero Civil Municipal de Valledupar.

ANTECEDENTES PROCESALES

1. Concepción Ramos Tinoco presentó demanda declarativa verbal contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para que se declare a la demandada civilmente responsable por el incumplimiento de lo pactado en las póliza de vida número 0110043, y en consecuencia sea condenada a pagar el valor del préstamo 00130093 2 6 96 000000512 con fecha de formalización del 03/10/2016 por valor de \$30.000.000 y el préstamo 00130969 2 9 9600001734 con fecha de formalización del 21/02/2017 por valor de \$60.000.000, sea condenada a la devolución de las cuotas pagadas con posterioridad a la invalidez de la asegurada, a pagar los intereses corrientes y moratorios causados a favor de la asegurada desde la fecha de la objeción del pago del seguro (30 de septiembre del 2018) hasta cuando se haga efectivo el pago, más las costas del proceso y agencias en derecho.
2. Previo reparto, el Juzgado Primero Civil Municipal de Valledupar admitió la demanda declarativa contra el demandado y citó al proceso a BBVA Colombia S.A.

3. Notificado el demandado, a través de apoderado judicial, interpuso las excepciones de mérito denominadas “nulidad relativa del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro personales (sic) por reticencia o inexactitud”, “inexistencia de obligación de realizar inspección del estado del riesgo (exámenes médicos) a cargo de mi representada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.”, “buena fe de mi representada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. en la celebración del contrato de seguro contenido en la póliza de vida grupo deudores No. 0114300”, “inexistencia de la obligación de realizar pago o devolución de dineros por cuenta de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a favor de la parte demandante por concepto del valor asegurado en la póliza No. 0110043”, “inexistencia de la obligación de reconocer intereses moratorios a favor de la parte demandante solicitada con fundamento en el artículo 1080 del Código de Comercio”, “ineficacia del contrato de seguro e inexistencia de la eventual obligación indemnizatoria por cuenta de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.”, “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 de la parte demandante con afectación a la póliza seguros de vida grupo deudores No. 0110043”, “ausencia de los elementos constitutivos de la responsabilidad civil contractual en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.” y la genérica.
4. El citado BBVA Colombia S.A., notificado, propuso las excepciones de “falta de legitimación en la causa por pasiva”, “cumplimiento legal y contractual de BBVA Colombia”, “ausencia de los presupuestos axiológicos de la responsabilidad civil contractual demandada”, “buena fe” y la genérica.
5. En audiencia del 22 de julio del 2020, fue proferida sentencia de primera instancia en la que se declararon probadas las excepciones de nulidad relativa del contrato de seguro, inexistencia de la obligación de realizar inspección del estado del riesgo, buena fe, inexistencia del contrato de seguro e inexistencia de la eventual obligación indemnizatoria propuestas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.; además se declararon no probadas las excepciones propuestas por el Banco BBVA Colombia S.A., dando por terminado el proceso.
6. Frente a esa decisión, la parte demandante interpuso recurso de apelación, el que se concedió en el efecto suspensivo.
7. Repartido el expediente a este Juzgado, por auto del 15 de marzo del 2021, se admitió el recurso concediendo el término legal a la parte recurrente para la sustentación, quien lo hizo oportunamente. Posteriormente, el 15 de abril de 2021, se corrió

traslado a la parte no recurrente, la que también hizo uso de la oportunidad.

SENTENCIA APELADA

Partió el *a quo*, después de acudir a nociones y fundamentos jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional, de la para analizar la reticencia se debe examinar el conocimiento que tenga el asegurado sobre la enfermedad preexistente y su intención al suscribir el contrato.

Examinando el cuestionario declarado por la asegurada, estableció que la demandante no declaró, al momento de suscribir las pólizas, algunas de las enfermedades que padecía y que estaban expresadas en el documento.

Determinó la Juez primaria que, la asegurada ya había sido diagnosticada con hipertensión arterial según historia clínica del 6 de octubre del 2009 y que esa enfermedad era secundaria a otros trastornos renales y, de acuerdo a la interconsulta de medicina interna de 13 octubre del 2009 estaba siendo tratada con losartán, inalapril y anlodipino, también visto en atenciones del 16 diciembre del 2009 (folio 638) y a folio 1073. Para la fecha de la suscripción de la póliza, encontró que la asegurada había sido diagnosticada con insuficiencia renal crónica, desde el 3 de octubre del 2011 (fl 57) y por la gravedad de la enfermedad fue necesario programar trasplante de riñón, cirugía practicada el 20 octubre de 2013; también tenía diagnosticada la patología de miomatosis uterina desde el 20 de mayo de 2006 (fl. 41). Como esas patologías fueron calificadas por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, siendo la insuficiencia renal más trasplante renal e hipertensión arterial grado 2 con retinopatía las de mayor deficiencia en el dictamen, concluyó que la señora Concepción Ramos omitió su verdadero estado de salud al momento de celebrar los contratos, faltando al deber de obrar con buena fe, ocultando información de importancia para la aseguradora, que de haber conocido le hubiese hecho abstenerse de celebrar los contratos o imponer condiciones más onerosos.

Consideró que la demandante tenía pleno conocimiento de sus padecimientos y los efectos letales e irreversibles en su salud, incurriendo en reticencia.

Respecto de BBVA Colombia S.A. sentenció el *a quo* que, al tener la calidad de tomador beneficiario de las pólizas, es quien debía recibir la indemnización en caso de que se hubiere encontrado configurado el siniestro, por lo que, las excepciones indicadas no tienen sustento fáctico ni probatorio.

Con este razonamiento declaró probadas excepciones de mérito propuestas por BBVA Seguros de Vida S.A. y no probadas las del Banco BBVA Colombia S.A., ordenando la terminación del proceso, sin condena en costas.

SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

Después de escuchar la sentencia de primera instancia, la apoderada judicial de la parte demandante esgrimió sus reparos expresando que, las enfermedades de Concepción Ramos Tinoco eran asintomáticas, al momento de declarar el estado de riesgo se sentía en condiciones óptimas de salud y no había sido calificada su pérdida de capacidad laboral; niega que hubiere actuado de mala fe y sostiene que su cliente fue asesorada en el Banco BBVA Colombia S.A. por una funcionaria que le indicó qué era lo que le convenía llenar para que le aprobaran los créditos, y finalmente adujo que BBVA Seguros de Vida debió verificar el verdadero estado de salud de la asegurada.

Ante esta instancia sustentó que, en la sentencia censurada no se tuvo en cuenta el interrogatorio de parte realizado a la demandante pues esta manifestó que para la época en que declaró, no tenía alteraciones graves en su salud y eso se puede corroborar con la historia clínica, además el *a quo* no tuvo en cuenta que el porcentaje de deficiencia ocasionado por la insuficiencia renal más trasplante real es de apenas el 14%.

Se reprocha que no se hubiere considerado que hay enfermedades mortales que pueden ser silenciosas o progresivas que pueden no ser declaradas por el asegurado aun sin la intención de inducir a error a la aseguradora, como lo que pasó con Concepción Ramos, que padece de hipertensión arterial, una enfermedad silenciosa. Aduce que en la sentencia apelada fueron desatendidas sentencias de la Corte Constitucional como la T-393 del 2015 y T-751 del 2012, en las que se habla de la inoponibilidad de la preexistencia de enfermedades por parte de las aseguradoras que no realizaron un examen médico previo para conocer el verdadero estado de salud del asegurado y que no cualquier omisión puede ser tomada por reticencia, pues el asegurador debe tomar las medidas que considere conducentes para comprobar la información suministrada, en cambio, el *a quo* no tuvo en cuenta ese deber legal y jurisprudencial del que se habló en sentencias T-832 del 2010 y T-316-2015.

Se dice que el controvertido fallo pasó por alto que, a la demandante le fue calificada una pérdida de capacidad laboral de solo el 23,70% el 29 de octubre del 2015 y al momento de adquirir los créditos no gozaba de la calidad de persona incapacitada y ejercía su actividad laboral, ya que ese reconocimiento solo ocurrió cuando la Junta Regional de Calificación dictaminó un porcentaje del 56,96%, disminuido definitivamente en un 5% por la Junta Nacional el 8 de febrero del 2018.

Con esta sustentación se pide que se revoque la sentencia impugnada, se declaren no probadas las excepciones de la demandada y se concedan las pretensiones de la demanda.

ALEGACIÓN DEL NO APELANTE FRENTE A LA SUSTENTACIÓN DEL APELANTE ÚNICO

Alega BBVA Seguros de Vida que se encuentra plenamente demostrado dentro del proceso que, la asegurada al suscribir las declaraciones de asegurabilidad omitió el deber de declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades que haya padecido o padezca, que de acuerdo con el historial clínico se pudieron evidenciar.

Sobre los reparos que hizo el apelante, manifiesta con relación al interrogatorio de parte que, existe el principio general de derecho probatorio conforme al cual *“la parte no puede crearse a su favor su propia prueba”* y que dentro del dictamen del 8 de febrero del 2018 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y el historial clínico, se describen los antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia renal desde el año 2005, enfermedades determinantes en la declaración de invalidez, sobre las cuales no informó al asegurador, incumpliendo lo establecido en el artículo 1058 del C.Co., porque en el cuestionario respondió no a todas las preguntas, callando situaciones que implicaban la agravación del estado del riesgo y quebrantando así una regla de conducta como lo es observar la ubérrima buena fe imperante en los contratos de seguro.

Alega que la demandante tenía pleno conocimiento de sus patologías y no es cierto que sus enfermedades fueran silenciosas, ya que para la fecha de la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se encontraba en control médico y medicada para sus patologías, en especial la hipertensión arterial, por lo cual, dice es claro que los contratos están viciados de nulidad relativa por reticencia. Replica el dicho de la apoderada de la demandante, pues asegura que no le asiste razón al exponer que debieron haberse realizado exámenes médicos de ingreso ya que el contrato se fundamenta en la buena fe como se explica en las sentencias de la Corte Constitucional T-058 de 2016 y T-463 del 2017 y cuando el declarante omite dar información que conoce a la aseguradora, haciendo parecer que es un riesgo normal, lo desequilibra independientemente de que se trate de un sujeto de especial protección por su condición de invalidez o discapacidad.

El Banco BBVA Colombia S.A. no presentó alegaciones en segunda instancia.

CONSIDERACIONES DE SEGUNDA INSTANCIA

Corresponde a esta instancia desatar el recurso de apelación interpelado por la parte demandante contra la sentencia de primera; para ello anuncia que su competencia está enmarcada de acuerdo al artículo 320 del Código General del Proceso únicamente en los reparos concretos formulados por el apelante. Así mismo, se repite que, esta sentencia es emitida luego de efectuar control de legalidad de la actuación surtida y constatar que se cumplen todos los requisitos sustanciales y procesales para decidir de fondo la cuestión debatida.

En la sentencia de primera instancia se reconoció la preexistencia de enfermedades que aquejaban a la asegurada Concepción Ramos Tinoco desde antes de la adquisición de las pólizas y concluyó la se configuró reticencia al contrastar la declaración de asegurabilidad con la historia clínica y el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral de la Junta Nacional de Calificación, y esta Judicatura confirmará la decisión apelada.

Tiene relevancia en la determinación que se toma, que la aseguradora probó en el proceso la existencia de una declaración de asegurabilidad y la preexistencia de enfermedades conocidas por la declarante sobre las que guardó silencio cuando diligenció el cuestionario, y estos hechos no fueron controvertidos por la parte apelante, pues los confirma, aunque discrepe de la interpretación sobre las consecuencias que acarrearán.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que, la reticencia se configura cuando el tomador del seguro expone hechos falsos o inexactos u omite información que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora habrían provocado una abstención para la celebración del contrato o hubiera emitido una póliza más onerosa, por ello, se genera la nulidad relativa del seguro. Según esa misma norma si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo.

Sobre el tema, dijo la Corte Constitucional en sentencia T-251 del 2017 que, si se demuestra que el declarante conocía de antemano la existencia y gravedad de una enfermedad, el contrato, sin duda, podrá ser declarado nulo debido a la reticencia, y por ende mala fe, pero no sucederá lo mismo cuando el asegurado 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. En sentencia T-222 del 2014, la Corte Constitucional ya había explicado que *“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”*.

Así pues que, aun cuando la demandante se sintiera en óptimas condiciones de salud al llenar la declaración de asegurabilidad, lo cierto es que, no estaba curada, y por tanto no estaba exenta de contestar acorde a la realidad, las preguntas en las que se le cuestionaba con relación a si padecía hipertensión arterial y enfermedades renales; por el contrario siendo consciente de sus padecimientos y la gravedad de los mismos, pese a que su condición fuese estable, tenía el deber de informar que su estado de salud se había deteriorado.

En el dictamen del 8 de febrero del 2018 emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez se consignó que, en el año 2005 la señora Tinoco Ramos presentó crisis hipertensiva, fue diagnosticada estando en hospitalización con insuficiencia renal crónica, iniciando diálisis peritoneal, luego hemodiálisis, infecciones peritoneales, eventración, luego

“hemodiálisis 4 años con fístula” y se le realiza trasplante cadavérico el 20 de octubre del 2013; en el 2015, según epicrisis de nefrología, mostró adecuada evolución continuando manejo médico por la hipertensión, insuficiencia renal crónica que ameritó trasplante y miomatosis uterina con sagrado de HUD más síndrome anímico intermitente. Este resumen muestra la gravedad de las enfermedades y el conocimiento certero que sobre ello tenía la asegurada, por lo tanto, no puede aseverarse, como se intenta que, sus enfermedades eran silenciosas, puesto que, contrariamente, estaban diagnosticadas, en tratamiento y sin una cura permanente.

Como se ve, la señora Concepción Ramos Tinoco, teniendo la información sobre su estado de salud, eligió callar; en este sentido, que se sintiera o no en buenas condiciones en ese instante, no resta importancia a la negación indebida de su real estado de salud, sobre el que expresamente se le indagó en el formulario preimpreso.

De otra parte, cuando se pretende en segunda instancia justificar el tildado proceder porque se seguían las supuestas instrucciones de una empleada del Banco BBVA Colombia S.A., se admite haber obrado de mala fe al decidir negar la verdad para provocar la admisión a las pólizas del litigio.

Observa el *ad quem* que, en puridad, en algunos reparos no se discute la elección consciente del declarante, sino que se pretende suavizar el juicio sobre esa conducta, apelando a las circunstancias externas que antecedieron a la voluntad malintencionada que se acepta, como sucede por igual con el punto atinente a la alegada falta de valoración del interrogatorio de parte de la demandante que, como bien lo alegó la parte no apelante, no puede constituir prueba en favor de ella, sin embargo, tampoco conduce a nada distinto, porque se ha probado que sabía que su estado de salud estaba menguado por la hipertensión y la insuficiencia renal crónica, por manera que, aunque en ese preciso instante se sintiera bien, era consciente de los males que la aquejan y por los que se mantenía para ese momento, en tratamiento médico.

Con este esclarecimiento, tampoco puede decirse que, incida en la valoración de la mala fe del declarante el porcentaje de calificación por las enfermedades preexistentes, ya que, de todos modos, tal como lo señaló la primera instancia, dichas enfermedades fueron determinantes para la definición de la invalidez de la señora Tinoco Ramos y es importante resaltar que las conocía y convenientemente las ocultó.

Ciertamente, existen en cabeza del asegurador deberes que le son atribuidos en su calidad de profesional de la actividad. Tanto para la Corte Suprema de Justicia como para la Corte Constitucional, la reticencia genera la nulidad del contrato de seguro como se lee en sentencia del 11 de abril del 2002, la Sala de Cas. Civ., en cita tomada de la sentencia T-251-2017, a menos que *“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”*.

Esa posición es 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 Rueda Díaz, que resalta la eficacia del cuestionario que proponga la aseguradora. Por eso, en sentencia SC2803 del 2016, la Sala de Cas. Civ., con ponencia del doctor Fernando Gutiérrez Giraldo, se explica que es del asegurador el deber 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.

Sobre el deber de las aseguradoras de indagar el estado del riesgo, la Corte Constitucional; en sentencia T-027 del 2019, concluyó que la aseguradora tiene la obligación de realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, pero aclaró que, de no hacerlo no pierde el derecho a pedir la anulación del contrato, sino que tendrá entonces *“la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.”*

Entonces, pese a que, en otros fallos, como los citados por la impugnante, se hubiere señalado el deber de practicar exámenes médicos a los asegurados antes de contratar o admitirlos a una póliza grupal, la Corte Constitucional en la sentencia más reciente explicó que, aun cuando éstos no sean practicados no se sanan irremediablemente los vicios de que adolezca el contrato. Al lado de esa posición, está la de la Corte Suprema de Justicia para quien, como se acaba de citar, no es de exclusivo cargo del asegurador el conocimiento del estado del riesgo.

Ahora bien, que no obstante que BBVA Seguros de Vida no pidió la historia clínica ni requirió la práctica de exámenes médicos a la señora Concepción Ramos Tinoco antes de admitirla en las pólizas, sí demostró en sede judicial la reticencia en que esta incurrió cuando negó su real estado de salud.

Valga decir que, la notificación del dictamen de calificación definitivo que tuvo la asegurada, no es necesariamente el que entera a la persona de las enfermedades que padece y su gravedad. Es cierto que la prueba válida para probar la pérdida de capacidad laboral es el dictamen emitido por una entidad competente, no obstante, no puede considerarse que la reticencia pueda depender de la voluntad del asegurado de iniciar el trámite de calificación, o del tiempo que tarde por circunstancias ajenas a su voluntad el lograr el resultado, de modo que, puedan las personas escoger el momento en que se concretará su obligación de declarar el estado riesgo.

Para el Despacho, el deber de declarar sinceramente, precisa la revelación de lo que se conoce, con certeza, -para este caso sobre el estado de salud-, por lo tanto, se puede ser reticente en un seguro de vida con amparo por incapacidad total y permanente, aun cuando no se haya determinado el porcentaje de pérdida de capacidad laboral o no haya quedado el dictamen en firme, si antes de ello, se tiene el conocimiento de enfermedades y voluntariamente se les oculta con la intención de obtener un provecho.

De cualquier manera, en cuanto se dice que el porcentaje de calificación otorgado el 29 de octubre del 2015 era inferior al 50%, ello solo refuerza la comprobación del enteramiento que tenía la señora Concepción Tinoco sobre la gravedad de sus enfermedades, pues estaba en proceso de calificación de la pérdida de su capacidad laboral.

Por todas las anteriores razones, esta Agencia de Justicia confirmará la sentencia apelada en razón a que no le halló razón al recurrente después de absolver los reparos y la sustentación presentada, por lo que además se condenará en costas de segunda instancia a la parte vencida y para las agencias en derecho, señalará la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente de conformidad con lo establecido en el Acuerdo No. PSAA16-10554 del 5 de agosto del 2016.

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

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 22 de julio del 2020 por el Juzgado Primero Civil Municipal de Valledupar, dentro del proceso promovido por CONCEPCIÓN RAMOS TINOCO contra BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. y el citado BBVA COLOMBIA S.A.

SEGUNDO: Costas a cargo de la parte demandante. Se fijan como agencias en derecho la suma equivalente a un (1) s.m.l.m.v., que se liquidará en su oportunidad.

TERCERO: Se ordena en consecuencia devolver el expediente a su Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


VIVIAN CASTILLA ROMERO
JUEZ

OM2



DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

La anterior providencia fue notificada por estado electrónico.

No. 69 el día 17 agosto - 2021

IRIDENA LUCÍA BECERRA OÑATE
SECRETARIA