



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**

Valledupar, Veintisiete (27) de Marzo de Dos Mil Veintitrés (2023)

**PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL.
DEMANDANTE: ADRIANO MANUEL MARTINEZ SOLIS.
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
RAD: 20001-40-03-002-2018-00494-01**

ASUNTO

Define el Despacho esta instancia, por lo que obedeciendo lo resuelto por la Corte Suprema de Justicia mediante sentencia STC1741-2023, del 01 de marzo de 2023, emanada dentro de la acción de tutela seguida por ADRIANO MANUEL MARTINEZ, contra este Despacho Judicial, distinguida bajo el radicado N° 20001-22-14-001-2023-00004-01, se procede, a dictar SENTENCIA ESCRITURAL, de conformidad con los lineamientos de la ley 2213 de 2022, en aras de resolver, el recurso de apelación oportunamente interpuesto por la apoderada judicial de la parte demandada, en contra de la sentencia que en primera instancia profirió el Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar, dentro del presente proceso.

ANTECEDENTES

- 1. Manifiesta el procurador judicial de la parte demandante, que su poderdante, adquirió, productos financieros, con la entidad bancaria BANCO BBVA COLOMBIA S.A., los cuales están identificados de la siguiente manera: producto N° 1, distinguido con el N° 510-9602301961, y producto N° 2 con N° 510-9602306336, obligaciones que se encuentran respaldadas por una póliza de vida grupo deudores, suscrita entre BANCO BBVA COLOMBIA S.A., como tomador, y la compañía de seguros BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., donde aparece como beneficiario principal su mandante.*

2. *Expresa, que efectivamente el demandante MARTINEZ SOLIS, suscribió la póliza de vida grupo deudores N° 0110043, en las mismas fechas en que se formalizó cada crédito o producto financiero, con la entidad accionada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., con el fin de garantizar en cualquier eventualidad de no estancia en esta vida o enfermedad que generara incapacidad total o permanente, un beneficio económico de solvencia a los beneficiarios de ley.*
3. *Señala, que el mencionado contrato de seguro celebrado entre las partes tiene como finalidad y objeto principal, cubrir o cancelar la totalidad de las obligaciones adeudada por la beneficiaria principal, al momento de presentarse cualquiera de los siniestros que cubría la póliza referida, observándose dentro de esa cobertura, el siniestro de incapacidad total y permanente.*
4. *Que su poderdante, debido a padecimientos y quebrantos de salud, es valorado y calificado por la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, dictamen que arrojó una pérdida de capacidad laboral del 62.43%, con fecha de estructuración 01 de noviembre de 2017, fecha posterior a la que tomó la póliza de seguros de vida grupo deudores expedida por la demandada.*
5. *Indica, que su mandante, ha venido cancelando mensualmente, los valores de la prima establecida en el contrato de seguro, cumpliendo de dicha manera, con su carga y responsabilidad contractual de manera puntual y sin dilaciones, tal y como consta en las facturas de pago anexas a la demanda.*
6. *Que, debido a su estado de invalidez, de acuerdo a la calificación otorgada, el demandante, interpone reclamación formal ante la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la cual dio respuesta a la misma, mediante comunicación de fecha 29 de enero de 2018, en la que le expresa al demandante, que padecía de ciertas patologías que no fueron expuestas al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.*
7. *Expresa también, que su poderdante al momento de suscribir el contrato de seguros, no le fue preguntado acerca de su estado de salud, haciendo la salvedad, que, para dicha fecha, aun no existía una afectación a su salud, omitiendo la aseguradora, solicitar a su mandante, copia de historia clínica y exámenes médicos realizados, previo a la firma del contrato de seguros referido, tal y como lo establece los distintos pronunciamientos de la Corte sobre este tema.*

8. *Aduce, que es deber de toda compañía de seguros, hacer las respectivas averiguaciones, acerca del estado de salud de la persona asegurada, toda vez, que si las mismas acceden a la suscripción del contrato de seguros, es precisamente porque no evidencian ningún tipo de vicio que pueda más adelante invalidar lo acordado entre las partes, máxime cuando las valoraciones medicas que se hayan hecho antes de la calificación como tal, no son más que impresiones diagnosticas, como lo ha indicado la Corte Constitucional en reiterados pronunciamientos.*

PRETENSION.

1º Solicita el demandante que se declare la existencia del contrato de seguros grupo deudores N° 0110043, suscrito entre BANCO BBVA COLOMBIA S.A., como tomador, y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en calidad de compañía aseguradora, en el que figura como beneficiario asegurado, el señor ADRIANO MANUEL MARTINEZ SOLIS.

2º Que se declare civilmente responsable a la compañía de seguros BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a pagar la totalidad de la obligación actual y adeudada por parte del señor MARINEZ SOLIS, quien funge como beneficiario de la póliza de grupo deudores N° 0110043, donde funge como tomador el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., con ocasión del amparo de incapacidad total y permanente contenido en dicho contrato.

3º Que se condene a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a pagar los intereses moratorios hasta la fecha que se hayan podido causar, hasta la fecha que se haga efectivo el respectivo pago, de conformidad a lo establecido en el Código de Comercio.

4º Que se condene a la demandada al pago de las costas y agencias en derecho.

SIPNOSIS PORCESAL:

- 1. El Juzgado Segundo Civil Municipal en Oralidad de Valledupar, Cesar, admitió la demanda Verbal de la referencia, seguida por ADRIANO MANUEL MARTINEZ SOLIS, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por medio de providencia fechada 21 de febrero de 2019.*

2. *Notificados personalmente al demandado, a través de su apoderado judicial, dio contestación a la demanda oponiéndose a todas y cada una de las pretensiones de la misma.*

La parte demandada, respecto a los hechos de la demanda, declara no admitir los hechos 5 a 10 de la demanda, en relación al incumplimiento del deber legal de declarar exactamente el demandante el estado de salud con el cual ingresaba, y el proponiendo las siguientes excepciones:

- *“Inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza de seguro de vida grupo deudores N° 0110043, que amparaba la obligación N° 9602306556, 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”.*
- *“Temeridad en la excesiva petición de reconocimiento de perjuicios por la ausencia de elementos facticos, jurídicos y probatorios”.*
- *“Límite de Responsabilidad de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., hasta el importe del valor asegurado en el amparo básico de vida, contenido en el contrato de seguro de vida grupo deudores 0110043, que amparaba la obligación N° 9602306556”.*
- *“Imposibilidad de afectación del amparo cuyos pagos se reclaman, por inexistencia de oportunidad para controvertir dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral practicados al asegurado, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013”.*
- *Excepción innominada o genérica.*

LA SENTENCIA OBJETO DE APELACIÓN

El día 15 de marzo del año 2021, el Juzgado de primera instancia, celebra audiencia dirigida por la Juez, Dra. Martha Calderón; contando con la presencia de las partes y de sus apoderados, excepto, la representante legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

En el transcurso de la audiencia se surten las etapas de Conciliación, interrogatorio oficioso, medidas de saneamiento, fijación de los hechos, se resolvió sobre las pretensiones y excepciones de la demanda, alegatos de conclusión y finalmente se emite sentencia en primera instancia.

El debate se centró, en cuanto a la cláusula global de preexistencia, establecida en el contrato de seguro denominado POLIZA DE VIDA GRUPO SEGURO DE VIDA DEUDORES N° 0110043, suscrito entre BANCO BBVA COLOMBIA S.A., y BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., alegando la parte demandada, que el asegurado al momento de diligenciar y tomar la póliza, en la declaración de asegurabilidad, no obro de buena fe y fue reticente con la información suministrada, por lo tanto el siniestro acaecido no puede ser indemnizado por existir reticencia en la información suministrada.

Se resolvió la litis de la siguiente forma:

1º Se declararon no probadas las excepciones de: (i) inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 0110043 que amparaba la obligación no. 9602306556 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) temeridad en la excesiva petición de reconocimiento de perjuicios por la ausencia de elementos facticos, jurídicos y probatorios. (iii) Límite de responsabilidad de BBVA Seguros de Vida Colombia s.a. hasta el importe del valor asegurado en el amparo básico de vida, contenido en el contrato de seguro de vida contenido en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 0110043, que amparaba la obligación No. 9602306556. (iv) imposibilidad de afectación del amparo cuyos pagos se reclaman. por inexistencia de oportunidad para controvertir dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral pactados a la asegurada, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013 y (v) la genérica o innominada, propuestas por la parte demandada.

2º Se declaró que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. incumplió el contrato de seguro, referido a la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 0110043 con ocasión a las obligaciones distinguidas con los No. 510-9602301961 y 510-9602306556 adquiridas por el señor ADRIANO MANUEL MARTÍNEZ SOLÍS identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.523.319 con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., por haberse acreditado el siniestro de invalidez, desmembración o inutilización por enfermedad y no haberse cancelado el amparo.

3º Se ordenó, a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., que, una vez ejecutoriada la presente decisión, cancele a Banco BBVA Colombia S.A., oficina Calle Grande Valledupar, el valor insoluto de las obligaciones distinguidas con los No. 510-9602301961 y 510-9602306556, hasta la concurrencia máxima de los valores asegurados para cada una de ellas.

4° Se ordenó a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., que, una vez ejecutoriada la presente decisión, cancele intereses moratorios al asegurado desde el 13 de mayo de 2018, sobre el valor del importe de las obligaciones a su cargo, respecto de los créditos No. 510-9602301961 y 510-9602306556 amparados en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 0110043, hasta que efectivamente se acredite su pago.

5° Se condenó en costas a la parte demandada y a favor del demandante, fijándose como agencias en derecho el 7% de las pretensiones, esto es la suma de tres millones setecientos noventa y dos mil seiscientos noventa y seis pesos (\$3.792.696).

Ante la anterior providencia se interpuso recurso de apelación por parte de la apoderada judicial de la parte demandada, respecto a la valoración de las excepciones y las pruebas documentales por parte de la A-quo.

Sustenta su decisión el fallador de primera instancia, en considerar, primeramente, que al momento de diligenciar la póliza se configuro un error en la declaración de asegurabilidad, por cuanto el señor ADRIANO MARTINEZ no fue indagado sobre su estado de salud al momento de firmar el contrato de seguro, situación que da por probada en el primer inciso del hecho primero de la demanda, y de la que tiene por confesa la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Consideró además la Juez de primera instancia, que lo anterior configura un error inculpable al tomador, y que como quiera que el contrato se suscribió el 12 de mayo de 2017, ya han transcurrido 2 años en vida del asegurado, razón por la cual no hay rebaja del valor asegurado.

Del mismo modo hizo la salvedad la A-quo, que si bien en el evento del contrato de seguro de vida grupo deudores el tomador es el banco, como tal la exactitud y la veracidad del estado del riesgo en esta clase de pólizas, no depende del tomador sino del asegurado, dando por no prosperada la excepción de inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 0110043 que amparaba la obligación N° 9602306556 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 propuesta por la demandada, como quiera que no hay lugar a la nulidad del contrato por reticencia.

En cuanto a la segunda excepción denominada temeridad en la excesiva petición de reconocimiento de perjuicios por la ausencia de elementos facticos, jurídicos y probatorios, la A-quo al realizar un análisis de la misma decidió declararla no probada al considerar que el medio exceptivo es improcedente, por cuanto acá lo reclamado no es la indemnización por daño emergente y lucro cesante, sino aquella que se estableció como cobertura en la respectiva póliza, que para el caso de marras es la incapacidad total y permanente del asegurado, la cual figura dentro de los amparos de la póliza objeto del proceso, el cual está demostrado mediante dictamen emitido por Colpensiones el cual le otorga al demandante una PCL de 62,45%, del cual tuvo conocimiento la demandada, desde el momento mismo en que hizo el asegurado la reclamación ante ellos.

Siguiendo con el estudio de las excepciones, la A-quo, como se sabe declaro no probadas las restantes denominadas límite de responsabilidad de BBVA Seguros de Vida Colombia s.a. hasta el importe del valor asegurado en el amparo básico de vida, contenido en el contrato de seguro de vida contenido en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 0110043, que amparaba la obligación No. 9602306556 e (iv) imposibilidad de afectación del amparo cuyos pagos se reclaman. por inexistencia de oportunidad para controvertir dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral pactados a la asegurada, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013, considerando que las mismas se tornan improcedentes, a sabiendas de que las entidades involucradas en el dictamen de PCL son las que deben ser notificadas por ser las llamadas a controvertirlos, aduciendo, que lo anterior tampoco cercena la posibilidad de acudir por presuntos vicios en la misma, al aparato judicial, toda vez que la presente litis no es el medio adecuado para hacerlo.

LA APELACIÓN

Inconforme con la decisión presenta la parte demandada recurso de apelación, el cual se sustenta en lo que el despacho compendia así:

Manifiesta la apelante que se opone a los fundamentos de la A-quo, toda vez que considera, que el señor ADRIANO MARTINEZ SOLIS, si fue una persona que omitió el deber objetivo de manifestar su verdadero estado del riesgo, ya que el operar masivo de la aseguradora, es que no tienen la obligación de hacerle exámenes de ingreso de cada seguro o póliza, que se tome frente a la compañía.

Del mismo modo, expresó, que el mismo en su interrogatorio fue una persona evasiva, renuente, que todo el tiempo no tuvo disposición de tener claridad sobre los aspectos tratados en el proceso, lo que constituye un indicio grave, ya que no se valoró tampoco su historia clínica y demás pruebas obrantes en la litis, considerando que existe una indebida valoración probatoria e indebida motivación de la sentencia, al no tenerse en cuenta nada de lo propuesto en las excepciones, al no ser valoradas en su debida forma.

Por todo lo anterior, solicitó que se revoque la sentencia apelada, proferida por la A-quo.

Posteriormente, y atendiendo las disposiciones dadas en la ley 2213 de 2022, esta agencia judicial mediante proveído de fecha 25 de julio de 2022, corrió traslado a la parte demandante no apelante, por el termino de cinco (05) días, del escrito de sustentación del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, para que se pronunciara sobre el mismo.

Haciendo uso de su derecho, de acuerdo a lo manifestado en el acápite anterior, el apoderado judicial de la parte demandante no apelante, se pronuncio sobre el escrito de sustentación del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, de la siguiente manera:

Aduce el procurador judicial de la parte actora, que “el profesional del derecho que hoy defiende los intereses de la parte demandada hace mucho énfasis que en los contratos de seguro prevalece la ubérrima buena fe y que los mismos comportan una buena fe excelsa, invocando nuevamente lo preceptuado en el Art. 1058 del Código de Comercio”.

Expresa además, que “sin embargo, resulta inquietante que de esa norma el profesional del derecho resalta únicamente lo de su conveniencia, realizando un análisis sesgado de lo que es la ubérrima buena fe y a esa transparencia superlativa que las partes deben llevar al momento de firmar el contrato de seguro, sin embargo, lo que resulta sorprendente para el suscrito es que esa misma elocuencia y objetividad se pierde en el apoderado de la parte demandada al analizar el comportamiento de su defendida, quien desde la elaboración del contrato pretende sacar provecho para sí misma, generando confusión al incluir en el contrato de seguro o póliza la declaración de asegurabilidad, cuando la Ley no lo permite”.

Indica, que “sería absurdo que la entidad aseguradora pretenda que el asegurado o beneficiario actúe de manera intachable cuando ella desde la etapa precontractual se mostró arbitraria y desleal con el consumidor financiero, máxime

cuando es ella quien tiene todo el conocimiento en éste tipo de contratos y además es quien elabora y redacta el clausurado, las condiciones generales y particulares y demás documentos anexos a la póliza, actuar que debe estar sujeto o ceñido en esa misma buena fe que se le exige con tanta vehemencia al tomador o beneficiario, sin embargo, y en muchos casos, esa buena fe de la entidad aseguradora brilla por su ausencia”.

Señala también, que “La parte demandada siempre ha insistido que el demandante ADRIANO MANUEL MARTÍNEZ SOLIS en las diligencias previas a la suscripción del contrato de seguro o póliza actuó de MALA FE, incurriendo en una reticencia o inexactitud frente a su estado actual de salud, impidiendo presuntamente que la entidad aseguradora pudiera valorar en debida forma el estado de riesgo, lo cual es totalmente descabellado y alejado de la realidad, en primer lugar porque jamás existió ese momento previo a la suscripción del contrato de seguro o póliza, todo se realizó en una sola instancia, tal como se explicó en la demanda, debido a que la misma firma que se utilizó como aceptación o suscripción del contrato es la que de manera grosera ahora pretende mostrar la parte demandada como forma de aceptación de la mal implementada y ejecutada declaración de asegurabilidad, situación que quedó debidamente probado en el curso ordinario de este proceso”.

Manifiesta, que “la MALA FE en éste tipo de contratos de seguro debe ser si o si demostrada por la entidad aseguradora, quien a lo largo y ancho del presente proceso no ha podido con esa carga probatoria, limitándose a transcribir lo que contienen las historias clínicas de mi mandante, sin embargo, se le olvida al apoderado de la parte demandada que no basta solo con hacer referencia a eso, sino que declarar la reticencia es necesario probar que de manera intencional hubo ocultamiento de la información por parte del declarante, situación que en éste caso jamás se dio, debido a que no se le puede exigir o señalar al demandante haber ocultado y menos de manera intencional información de su estado de salud cuando jamás se le preguntó al respecto ni se asesoró sobre el tema”.

Por otro lado, trae a colación unos apartes de pronunciamientos de la Superintendencia Financiera de Colombia y de la Corte Constitucional, citando, además, unos artículos del Código de Comercio, que le sirven como fundamento jurídico de sus afirmaciones.

Declara además, que “pretendió el apoderado judicial de la parte demandada y ahora intenta nuevamente hacerlo pero ésta vez ante este operador judicial inducirlo en error al traer a colación un hecho que aún es materia de investigación y que no deja de ser una simple afirmación hecha por una ciudadana (TERESA DE LA HOZ SOLANO) que está vinculada a una investigación penal por la presunta comisión de hechos punibles, sin desconocer que dentro de esa

investigación también actúan como VÍCTIMAS muchas entidades aseguradoras dentro de las cuales se destaca la hoy demandada BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., quien tiene interés en ese tipo de afirmaciones, por lo que no se descarta que al acogerse la DRA DE LA HOZ SOLANO al PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD haya realizado esa afirmación direccionada por las entidades aseguradoras (víctimas) como una clara colaboración o reparación a las víctimas para obtener algún tipo de beneficios al momento de la condena”.

Sobre lo anterior, hizo también el actor, una serie de precisiones y estudios sobre dicho punto, buscando una discusión y estudio por parte del Despacho al tema referido, pero revisada la apelación y al establecer la legislación que nos rige, que en la segunda instancia se estudia solamente lo que fue objeto de apelación, el suscrito no entrará a revisar lo concerniente a este tópico que se lleva actualmente en la jurisdicción penal, por lo tanto, no habrá pronunciamiento del mismo.

Dado el trámite a la alzada se resuelve previa las siguientes:

CONSIDERACIONES:

Se llama responsabilidad civil a la obligación de satisfacer la pérdida o daño causado a un tercero, debido a la naturaleza de la convención originaria, las prescripciones de la ley, las estipulaciones del contrato, la deducción de los hechos acaecidos, aunque en la realización de los mismos no haya intervenido culpa ni negligencia del obligado a reparar. Esta puede ser contractual o Extracontractual. Por la contractual se ha entendido la obligación de indemnizar que tiene la persona que le causa daños a otras con el incumplimiento o cumplimiento parcial o tardío de un contrato, convenio o convención celebrado entre el causante y el perjudicado. Por Extracontractual, se ha entendido la obligación de indemnizar, o asumir las consecuencias patrimoniales de un hecho dañoso, sin que entre causante y perjudicado existe ninguna relación jurídica anterior, es decir, la obligación de indemnizar nace simplemente de la comisión del hecho dañoso.

Dentro del campo de comportamiento se presentan determinados hechos generadores de un daño susceptible de ser reparado mediante los mecanismos judiciales, ya por una responsabilidad contractual o bien Extracontractual. El artículo 2.343 del Código Civil dispone: “Es obligado a la indemnización el que hizo el daño y sus herederos.”

La responsabilidad civil, como obligación de asumir las consecuencias patrimoniales de un hecho, un acto o una conducta, es un riesgo asegurable. La responsabilidad civil puede ser de origen contractual cuando la lesión que se ocasiona a otro patrimonio es consecuencia del incumplimiento cumplimiento tardío o inoportuno de un contrato. Los Arts. 1.602 y s.s. del Código civil regulan esta responsabilidad. En cambio, es extracontractual cuando se lesiona un patrimonio que corresponde a una persona natural o jurídica con la cual no existe ningún vínculo contractual previo. Lo regulan los Arts. 2.341 y s.s. del Código Civil.

LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

Se ofrece como temática jurídica determinar el tipo de responsabilidad que se ventila atendiendo el contexto expresado en la causa para pedir que sirva de fuente a las pretensiones del demandante.

En efecto, es sabido que la culpa extracontractual se diferencia Tal como viene delimitado el objeto de decisión enmarcado en el asunto sometido a tutela jurisdiccional de la contractual en que aquélla presupone un daño con independencia de cualquier relación jurídica precedente entre las partes, salvo el deber genérico, común a todos los asociados, de no causar daño a otro; mientras que la contractual exige una relación jurídica sustancial preexistente, generalmente un contrato, de ahí su nombre, entre el responsable y la víctima del daño. En otros términos, el deber de indemnizar por violación del contrato se desarrolla dentro de la esfera de la preexistencia de una relación jurídica material; en cambio, cuando la indemnización deriva del acto ilícito extracontractual, la relación obligatoria surge por primera vez al producirse el daño; en ambos casos el deber de resarcimiento se incluye en el marco de una relación obligatoria.

EL CONTRATO: LEY PARA LAS PARTES

Es una verdad a puño que el contrato legalmente celebrado vincula a las partes y las obliga a ejecutar las prestaciones convenidas, de modo que si una de ellas incumple las obligaciones que se impuso, faculta a la otra para demandar bien que se le cumpla, que se le resuelva el contrato o al pago de los perjuicios que se le hayan causado por el incumplimiento, pretendiendo estos últimos ya de manera principal (arts. 1610 y 1612 del C. Civil) o ya de manera accesorio o consecuencial (arts. 1546 y 1818 del C. C.), los que se encaminan a proporcionar a la parte cumplida una satisfacción pecuniaria de los daños ocasionados.

ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

Ahora bien, conocido es que la responsabilidad se estructura mediante los elementos de incumplimiento de un deber contractual, un daño y una relación de causalidad entre éstos. Lo primero indica la inejecución de las obligaciones contraídas en el contrato; lo segundo, vale decir el daño, se concreta con la prueba de la lesión o detrimento que sufrió el actor en su patrimonio, porque no siempre el incumplimiento de uno de los extremos del contrato ocasiona perjuicios al otro, pues eventos se dan en que no se produce daño alguno, es por lo que precisado se tiene cuando se demanda judicialmente al pago de los perjuicios, le incumbe al actor demostrar el daño cuya reparación solicita y su cuantía, debido a que éste último aspecto a que la condena que por este tópico se haga, no puede ir más allá del detrimento patrimonial sufrido por la víctima, carga de la prueba en cabeza del demandante que la establece el art. 1757 del Código Civil donde se dispone que incumbe probar las obligaciones quien alega su existencia, refrendada procesalmente por el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil.

Entonces, es claro que todos los elementos del incumplimiento que estructuran la responsabilidad, son autónomos, vale decir, que cada uno tiene existencia por sí mismo y no depende de los demás, se hace indispensable, entonces la demostración de todos ellos.

Así las cosas, en la acción de resarcimiento en materia contractual, indispensable es demostrar todos los elementos que estructuran la responsabilidad, es decir, la lesión o el menoscabo sufrido por el actor en su patrimonio (daño emergente y lucro cesante), la preexistencia del negocio jurídico (origen de la obligación no ejecutada), la inejecución imputable al demandado y la relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño.

CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro es el acuerdo por el cual una de las partes, el asegurador, se obliga a resarcir de un daño o a pagar una suma de dinero a la otra parte, tomador, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, a cambio del pago de un precio, denominado prima, por el tomador. El contrato de seguro puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa de la ley.

El contratante o tomador del seguro, que puede coincidir o no con el asegurado, por su parte, se obliga a efectuar el pago de esa prima, a cambio de la cobertura otorgada por el asegurador, la cual le evita afrontar un perjuicio económico mayor, en caso de que el siniestro se produzca.

El contrato de seguro es consensual; los derechos y obligaciones recíprocos de asegurador y tomador, empiezan desde que se ha celebrado la convención, aún antes de emitirse la «póliza» o documento que refleja datos y condiciones del contrato de seguro.

ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO

Son aquellos elementos que, de no concluir, no permiten la existencia del contrato de seguro:

- *El interés asegurable*
- *El riesgo asegurable*
- *La prima*
- *La obligación del asegurador a indemnizar*

De la anterior lectura normativa se puede extraer que el contrato de seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, tal como lo establece el artículo 1036 del Código de Comercio.

INTERPRETACIÓN CONTRACTUAL

Con el fin de dar inicio a la labor de interpretación que el juzgador debe hacer al contrato para determinar el significado efectivo del negocio jurídico, debe considerarse el mismo como una unidad, y para conocer la verdadera voluntad de los contratantes deben apreciarse todas sus estipulaciones en forma coordinada y armónica. Efectivamente, en dicha labor hermenéutica la primera y cardinal directriz que debe orientarlo es la de que, conocida claramente la intención de los contratantes, debe estarse a ella más que a lo literal de las palabras; las demás reglas de interpretación toman el carácter de subsidiario y, por lo tanto, el juez no debe recurrir a ellas sino solamente cuando le resulte imposible descubrir lo que hayan querido los contratantes; cuáles fueron realmente sus objetivos y las finalidades que éstos se propusieron al ajustar la convención.

Del mismo modo, en materia de interpretación contractual, es indispensable indagar la real voluntad o intención común de las partes al momento de signar o dar su consentimiento para la creación de un contrato. Consecuentemente, en los

contratos consensuales, como el que está siendo objeto de estudio, prevalecen las diversas estipulaciones particulares, ya sean manuscritas, mecanografiadas o verbales, sobre las condiciones generales o preimpresas con las que sean incompatibles. Así, mismo, ha establecido la doctrina y la jurisprudencia nacional que en los contratos de adhesión, la interpretación de las cláusulas ambiguas u oscuras deberá ser realizada en favor del adherente; en conclusión, esta clase de contratos constituyen una categoría que debe ser diferenciada de los demás para efectos de su interpretación.

CASO BAJO ESTUDIO Y SUS HECHOS RELEVANTES

Descendiendo del anterior marco teórico al caso que ocupa la atención del despacho, se resalta que la parte demandada argumenta su inconformismo con respecto a la manifestación de la A-quo, de declarar no probadas las excepciones propuestas por esta, y que sirvió lo mismo de fundamento, para reconocer las pretensiones de la demanda por parte del Juez de primera instancia.

Así las cosas, se reitera, a pesar de avizorarse en el caso sub judice, la existencia de diversas relaciones sustanciales entrelazadas, que esta agencia judicial, centrará su estudio únicamente en la decisión tomada por el A-quo, al declarar no probadas las excepciones propuestas por la parte demandada, y que son motivo de inconformismo por parte de la apelante.

En desarrollo de lo anterior, revisado el expediente y las pruebas obrantes en el mismo, nos damos cuenta que el demandante, tomó varios créditos con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., la cual suscribió una póliza de vida grupo deudores, con la compañía aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., en la que aseguro a los clientes que contrajeron obligaciones crediticias con ella.

Entre las cláusulas del contrato se puede ver, que el mismo cubría por muerte e invalidez del asegurado, cancelando si ocurriere uno de estos siniestros al tomador, en este caso el BANCO BBVA COLOMBIA S.A, el valor del saldo insoluto que tuvieran el asegurado, al momento de la reclamación.

En el presente caso en estudio son dos los argumentos de inconformidad que cita el apelante, y los cuales ameritan las precisiones que a continuación se expondrán:

Primeramente, el apelante plantea, que el Juzgador 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 de 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, tal como acaece en el caso que nos atañe

De la misma manera manifiesta, que el Despacho, no tomó en consideración que el demandante señor Adriano Martínez Solís fue reticente al declarar sobre su estado de riesgo, es decir, fue inexacto, faltó a la verdad, no fue certero, no fue veraz, al declarar sobre su estado de salud, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad contenida en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 0110043 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA, el 12 de mayo de 2017, y que esta situación, se encontraba plenamente demostrada con el Dictamen Número 20172522311 proferido por Colpensiones, y la declaración de asegurabilidad antes dicha.

Aduce también, que quedó demostrada la mala fe del demandante, al presentar una reclamación ante su representada con el objeto de afectar la póliza objeto de la Litis, cuando no era procedente iniciar el trámite, y esto es así porque existe prueba documental aportada el 10 de marzo de 2020, y que la a-quo no tuvo en cuenta, a saber: Oficio número 20510-01-02-12- 073 del 31 de enero de 2020 expedido por la Fiscalía 12 Seccional de la Unidad de Administración Pública, donde consta que la señora Teresa De La Hoz Solano, médica adscrita a la EPS A-SALUD, aportó relación de personas que adelantaron trámite para obtener la pensión de invalidez de forma fraudulenta y entre ellos relacionó al señor ADRIANO MANUEL MARTINEZ SOLIS, lo cual permite concluir sin lugar a dudas que el hecho que dio origen al siniestro, es decir, la incapacidad total y permanente que aduce el señor Adriano Martínez Solís, no se configuró realmente, pues como consta en el oficio en mención, el demandante ideó de forma engañosa la forma de ser calificado a través de un dictamen espurio e irregular, para que se configurará su pérdida de capacidad laboral superior al 50%, y no solo cobrar una pensión ante Colpensiones, sino también afectar la Póliza de Seguro 0110043 expedida por la Compañía de seguros que este representa.

Por otro lado, nos encontramos también con otro escenario planteado por el procurador judicial de la parte demandante no apelante, el cual, al momento de recorrer el traslado del recurso de apelación interpuesto, realizó varios reparos a los sustentos expresados por el apelante, los cuales sintetizamos de la siguiente manera:

Dice el actor, que se torna absurdo, que la entidad aseguradora pretenda que el asegurado o beneficiario actúe de manera intachable cuando ella desde la etapa precontractual se mostró arbitraria y desleal con el consumidor financiero, al tener la misma todo el conocimiento en éste tipo de contratos por ser quien elabora y redacta el clausulado, las condiciones generales, particulares y demás documentos anexos a la póliza, actuar que debe estar sujeto o ceñido en esa misma buena fe que se le exige con tanta vehemencia al tomador o beneficiario, sin embargo, y que en muchos casos, esa buena fe de la entidad aseguradora brilla por su ausencia.

Esgrime también, que resulta desacertado lo manifestado por el apelante, cuando expresa que el demandante actuó de mala fe, incurriendo en una reticencia o inexactitud frente a su estado actual de salud, impidiendo presuntamente que la entidad aseguradora pudiera valorar en debida forma el estado de riesgo, ya que, según lo expresado, dicha compañía de seguros, en ningún momento realizó el cuestionario ordenado por ley al demandante.

Ahora bien, sobre la materia encontramos, que el régimen normativo de la declaración reticente o inexacta del estado del riesgo, fundamentalmente se estructura al amparo del artículo 1058 del Código de Comercio, norma que contiene hipótesis fácticas dependiendo de las circunstancias propias del asunto; de tal suerte que, como el tratamiento jurídico no siempre será igual, no es dable asimilar lo que cada uno de estos preceptos prevé, sin identificar la normativa aplicable al caso concreto.

El citado artículo 1058 plantea una primera hipótesis fáctica, al determinar que la nulidad relativa opera tanto para la declaración dirigida como para la declaración espontánea. Así dispone 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. 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".

Así encontramos, que “A la reticencia o a la inexactitud puede llegar la parte asegurada de manera espontánea o mediando un cuestionario propuesto por el asegurador; la existencia de ese cuestionario es una circunstancia que toma en cuenta la ley para determinados efectos en esta materia. Se ha entendido entre nosotros que en caso de que exista un cuestionario la reticencia o inexactitud solo es relevante en cuanto se refiere a las circunstancias preguntadas en éste. Cuando existe cuestionario, en cambio, basta mirar las respuestas concretas a las preguntas concretas para deducir la culpa o el dolo del asegurado en su declaración”.

Bajo esta premisa, éste Despacho entra a analizar el argumento expuesto por el apoderado judicial de la demandada en sustento de la apelación, cuando insiste en afirmar que “el demandante señor Adriano Martínez Solís fue reticente al declarar sobre su estado de riesgo, es decir, fue inexacto, faltó a la verdad, no fue certero, no fue veraz, al declarar sobre su estado de salud, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad contenida en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 0110043 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA, el 12 de mayo de 2017,”; ésta judicatura centrara su estudio en el mismo, con el objetivo de determinar si efectivamente el demandante fue reticente faltando a la verdad e incurriendo las sanciones que estipula el artículo 1058 ibidem.

Del mismo modo, también se estudiara el argumento esbozado por el procurador judicial de la parte demandante no apelante, el cual considera que “sería absurdo que la entidad aseguradora pretenda que el asegurado o beneficiario actúe de manera intachable cuando ella desde la etapa precontractual se mostró arbitraria y desleal con el consumidor financiero, máxime cuando es ella quien tiene todo el conocimiento en éste tipo de contratos y además es quien elabora y redacta el clausurado, las condiciones generales y particulares y demás documentos anexos a la póliza, actuar que debe estar sujeto o ceñido en esa misma buena fe que se le exige con tanta vehemencia al tomador o beneficiario, sin embargo, y en muchos casos, esa buena fe de la entidad aseguradora brilla por su ausencia”, refiriéndose a la ubérrima buena fe, como principio esencial de los contratos de seguro.

El contrato de seguro como cualquier otro tipo de contrato, exige y lleva implícito un principio fundamental, sin el cual, el mundo de los seguros no tendría cabida, la ubérrima buena fe, su incidencia se hace aún más necesaria en la etapa precontractual del contrato, ya que el asegurador depende de las declaraciones que conozca del tomador para poder tasar de una manera equilibrada las condiciones sobre las cuales será viable ejecutar la relación contractual, de forma que el equilibrio de ésta depende de la honestidad del tomador.

La legislación de seguros impone al tomador del seguro el deber de declarar sinceramente todos los hechos y circunstancias que rodean el estado del riesgo que la compañía de seguros pretende asumir, con el propósito de que pueda conocer su extensión y pueda otorgar un consentimiento que no se encuentre errado.

Por otro lado, debemos de tener en cuenta, que el concepto de reticencia a la luz de nuestra legislación y la jurisprudencia es de carácter subjetivo, que no objetiva, contrario a la preexistencia, por lo que, al analizar la relación precontractual, se debe de poner de presente siempre la ocurrencia o no de los hechos en este momento, y si los mismos llevasen a la celebración del contrato de seguro o si por el contrario a la no celebración del mismo por existir un vicio en su consentimiento.

Ponemos de presente lo anterior, con el fin de indicar, que la actividad aseguradora debe ser masiva para poder existir y que es totalmente indispensable que exista multiplicidad de contratos para poderla llevar a cabo, por lo tanto, el Código de Comercio se abstuvo de establecer la verificación del estado del riesgo como una obligación para las aseguradoras, ya que sería ilógico estipular obligaciones imposibles de cumplir tanto económica como físicamente, pues esta actividad necesariamente es masiva y obligar a las aseguradoras a examinar detalladamente cada elemento constitutivo del riesgo que pretende asegurar, además de ir en contravía del principio fundamental de los contratos de seguro, la ubérrima buena fe, presupondría una carga desproporcionada que haría inviable la practica aseguradora.

De contera, ponemos de presente entonces, que la realización de un examen físico o especializado al tomador del seguro por parte de la aseguradora, según nuestra legislación colombiana y las distintas jurisprudencias que se han pronunciado sobre este tema, no es obligatoria, ya que las mismas por el desarrollo de su objeto social, imprimen y confían en la buena fe del tomador, quien en ultimas es la persona que puede exponer sobre su estado de salud, al ser dicha información personalísima, esto con el fin de desatar lo manifestado por la parte demandante, sobre la imposición del deber del examen o verificación del estado de salud por parte de la compañía aseguradora.

De la adecuada interpretación y aplicación del artículo 1058 ibídem, la culpa del tomador que configura la reticencia debe ser demostrada por la aseguradora, por lo que revisada las pruebas obrantes en el proceso, se percata el Despacho, que el apelante, anexo en la contestación de la demanda, el certificado de pérdida de capacidad laboral del demandante, realizada por la Junta Regional

de Calificación del Cesar, con el que demuestra fehacientemente, que el mismo padecía de sendas enfermedades, las que aperi en reportadas como antecedentes y diagnosticadas con fechas anteriores al momento de realizar su declaración espontanea, al suscribir el contrato de seguro, cuando manifestó que nos las padecía, defraudando así, el principio de ubérrima buena fe, que la norma nos depara para este tipo de contratos.

Es claro entonces que si el hoy demandante tenia diagnósticos de múltiples padecimientos de salud con anterioridad a la suscripción de su declaración espontanea, es lo cierto, que al negarlas, mal pueda construirse en tal circunstancia una inculpabilidad que lo exonere de la sanción prevista para su reticencia o inexactitud.

En lo concerniente a la confesión ficta construida en contra de la aseguradora demandada, y pilar fundamental para tomar la decisión la A-quo, y el cual es utilizado como fundamento por la parte demandante no apelante al momento de descorrer el traslado a la apelación, esta agencia judicial, al realizar un estudio exhaustivo sobre la misma, observa que la parte demandada, asegura y no desconoce que el tomador en el año 2017, tomó varios créditos con el Banco BBVA los cuales fueron respaldadas por la póliza de seguros objeto de controversia, aclarando también la demandada, que al momento de tomar la póliza, el señor MARTINEZ SOLIS diligenció la solicitud de seguro de vida grupo y declaración de asegurabilidad del 12 de mayo de 2017, y manifestó no padecer ningún tipo de enfermedad ni patología garantizando que “expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas, y aceptó que cualquier omisión, inexactitud, o reticencia de las mismas sean tratadas de acuerdo al artículo 1058 del Código de Comercio”, por lo que no puede ahora el demandante, al ser una persona con un grado de bachiller que sabe leer y escribir, a manifestar que no le fue preguntado ni le fue puesto por el asesor al momento de suscribir el contrato sobre las patologías que padecía, ya que el mismo debió de leer lo que firmaba con su puño y letra, porque es bien sabido, que el desconocimiento de una ley, no exime del cumplimiento de la misma.

Por lo anterior, a pesar de haber dado la Juez de primera instancia la configuración de una confesión ficta, dicha prueba fue desvirtuada por el apelante con otras pruebas, como se mencionó en el acápite que nos precede. Mal puede pretenderse probatoriamente, que la confesión, y en este caso de manera ficta, siendo un medio probatorio más, se constituya en prueba plena y única, omitiendo como principio, la valoración en conjunto de todo el acervo probatorio.

Así las cosas, al no optar la aseguradora demandada por un cuestionario previamente preparado por dicha entidad, no exime al tomador de la sanción a la que “el artículo 1058 C. Co., se refiere, fundamentalmente a la declaración con cuestionario, para indicar la sanción general, diciendo que cuando el asegurado incurre en inexactitud o reticencia respecto de lo que se pregunta en el cuestionario el contrato será anulable, salvo el caso del error inculpable”.

Nótese que al confrontar lo dicho por la demandada sobre la declaración espontánea del tomador, con las pruebas obrantes en el proceso, como lo es el dictamen de pérdida de capacidad laboral, se avizora en el mismo, que el demandante con anterioridad a la toma de la póliza objeto de este proceso, padecía de varios diagnósticos de los cuales le fue preguntado al momento de llenar el formulario de asegurabilidad, y a los que respondió con un no rotundo, ocultando, información relevante para la aseguradora lo cual, lesiona grandemente el principio de buena fe que es una de las piezas esenciales del contrato de seguro, pues el asegurador ingresa al ámbito negocial en estado de ignorancia y es llevado de la mano a contratar por la información que con total fidelidad le debe suministrar el tomador.

Entonces,” la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro” (LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en Sentencia de Casación Civil de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743 y 19 de julio de 2005, Exp. No. 5665-01).”

Además de lo precedentemente expuesto, resulta claro que el artículo 1158 del código de comercio, establece una carga al tomador al momento de manifestar su estado de riesgo, cuando dispone que, “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ibídem, ni de las sanciones a que su infracción da lugar”.

Respecto a esto, la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 1º junio del 2007, en Sala de Casación Civil, en relación con la Reticencia e inexactitud en el contrato de seguro, teniendo como Magistrada Ponente a la Dra. Ruth Marina Díaz Rueda, reza lo siguiente:

“Es indudable que el contratante de un seguro de vida está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias determinantes del estado de riesgo, como quiera que la inexactitud en que incurra al responder el cuestionario correspondiente atenta contra el principio de la buena fe que en esta especie de contratos sube de tono, porque le imponen a él, la carga precontractual de declarar con apego a la verdad todo cuanto deba saber el asegurador para asumir o no la eventual contingencia. Pero además, la falta de veracidad, antes o durante su ejecución pone a operar el fenómeno de la nulidad relativa porque “en el fondo lo que se castiga es la traición del tomador a la confianza que el asegurador depositó en él con base en la cual se procedió a contratar”.

Así las cosas y teniendo en cuenta, que la jurisprudencia aunada al artículo 1058 del código de comercio, demandan aplicar la nulidad relativa al contrato de seguro en discusión, pues consecuentemente no interesa si el tomador firmó una autorización respecto a la verificación de su estado de salud, es claro, que primariamente se pone en desventaja a la aseguradora al no manifestar de manera clara e inequívoca las enfermedades que padecía y por las cuales fue preguntado en el cuestionario de asegurabilidad, para de esta forma poder determinar el estado de riesgo del mismo, por lo que se tendrá en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad en que incurrió el señor ADRIANO MARTINES SOLIS, al no informar con veracidad lo cuestionado para la toma de la póliza y por tanto se decretara la nulidad relativa del contrato de seguro.

De otra parte, como un segundo argumento de inconformidad, acusa el apelante la indebida motivación de la sentencia por parte de la A-quo, por lo que del estudio realizado a las pruebas obrantes del proceso, y a las actuaciones realizadas en el expediente, dando aplicación al principio de economía procesal, al encontrarse demostrada la reticencia por preexistencia del asegurado y demandante señor MARTINEZ SOLIS, esta agencia judicial no realizara el estudio del segundo fundamento de inconformismo expresado por él mismo.

Seguidamente, se centra el estudio en cuanto a la excepción denominada “inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la Póliza Vida Grupo Deudores No. 0110043 que amparaba la obligación no. 9602306556 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”, por lo que tenemos, que el artículo 1058 del Código de Comercio, consagra la sanción de nulidad del contrato de seguro por las declaraciones inexactas o reticentes hechas por el tomador, por lo que al

encontrarse demostrada como ya dijo la reticencia por parte del señor ADRIANO MARTINEZ al momento de responder el cuestionario de asegurabilidad en cuanto a las patologías que padecía, es menester del suscrito, declarar probada la presente excepción.

En consecuencia, al demostrarse la reticencia por parte del demandante señor MARTINEZ SOLIS, al momento de tomar la póliza objeto de reclamación, y sin mayores razonamientos, quedan desvirtuados a simple vista, los argumentos expresados por el procurador judicial de este al momento de descorrer el traslado de la sustentación del recurso de apelación, ya que no logro el mismo, acreditar fehacientemente con pruebas diferentes a las presentadas en primera instancia, que el señor ADRIANO MARTINEZ no fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguro.

Por lo preliminar, se debe tener claro, que, en materia de interpretación contractual, es indispensable indagar la real voluntad o intención común de las partes al momento de signar o dar su consentimiento para la creación de un contrato.

Consecuentemente, en los contratos consensuales, como el que está siendo objeto de estudio, prevalecen las diversas estipulaciones particulares, ya sean manuscritas, mecanografiadas o verbales, sobre las condiciones generales o preimpresas con las que sean incompatibles, por lo que ahora no puede el demandante pregonar que nunca le fue consultado sobre su estado de salud, ya que como se avizora en las pruebas obrantes en la litis, el mismo respondió sobre sus padecimientos de salud que no padecía de ninguna, algo que a luz de las historias clínicas del mismo, resulta faltante a la verdad y configurándose como ya se dijo una reticencia de conformidad a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio.

En cierre, advierte este Despacho, que, estudiadas las pruebas allegadas al proceso, queda probada y demostrada la falta de cobertura del Seguro de Vida Grupo Deudores 0110043 que amparaba la obligación N° 9602306556, contraído por el demandante, y que los asegurados deben de estar sujetos al mismo en cuanto a lo allí pactado, al momento de firmar el contrato de seguro.

En cuanto a las otras excepciones, el Despacho no abordara su estudio, ya que el encontrarse demostrada la referida, por economía procesal, no sería necesario realizar el estudio de las otras, ya que con la anterior se pone fin a la litis.

En este orden de ideas y por ser procedente lo solicitado por el apoderado de la parte demandada, en aras de garantizar el debido proceso, que es un pilar fundamental de nuestra norma, este Despacho Judicial revocara en todas sus partes la sentencia de fecha marzo quince (15) de 2021, por las razones dadas en la presente providencia.

En mérito a lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR (CESAR), Administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

1° Revocar la sentencia de primera instancia de fecha 15 de marzo de 2021, objeto de esta alzada proferida por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar, Cesar. En consecuencia:

2° Declarar probada la excepción denominada Inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza de seguro de vida grupo deudores N° 0110043, que amparaba la obligación N° 9602306556, 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, por las razones expuestas en la parte motiva del presente proveído.

3° Condenar en costas de esta instancia a la parte demandante. Para que se incluyan en la liquidación señálese como agencias en derecho la suma de DOS (2) Salarios Mínimos Legales mensuales Vigentes, las cuales serán liquidadas de manera concentrada por el Juzgado de primera instancia.

4° Por secretaria, regrésese el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

German Daza Ariza

Firmado Por:

Juez
Juzgado De Circuito
Civil 002
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: **3db8251af6700d9162295a827491b6eda97b07cb353ccced40393cc64eb0b19c**

Documento generado en 27/03/2023 09:08:55 AM

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