



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
MONTERIA - CORDOBA

CLASE DE PROCESO	VERBAL
DEMANDANTES	ANDRES FELIPE PEREZ HOYOS LAURA VANESA PEREZ HOYOS
APODERADO	DR. SENEN GOMEZ HERNANDEZ
DEMANDADOS	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. AECSA S.A. (CESIONARIO DE BANCO BBVA COLOMBIA S.A.)
RADICADO	2021-00132-01 2ª INSTANCIA
JUZGADO REMISORIO	JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE MONTERIA.

Procede este Juzgado a resolver sobre los reparos planteados por el apoderado judicial de la parte demandante y su sustentación, dentro del recurso de apelación interpuesto contra la sentencia de fecha 18-septiembre-2023 proferida por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Montería dentro del presente proceso verbal instaurado por los ANDRES FELIPE PEREZ HOYOS Y LAURA VANESA PEREZ HOYOS contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y AECSA S.A. (CESIONARIO DE BANCO BBVA COLOMBIA S.A.)

ANTECEDENTES

El 22-febrero-2021, los señores ANDRES FELIPE PEREZ HOYOS Y LAURA VANESA PEREZ HOYOS formulan demanda verbal contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA COLOMBIA S.A., de conformidad con los supuestos facticos que se sintetizan a continuación:

Explican que la señora Aura Elena Hoyos Lemus, quien en vida se identificaba con la cedula de ciudadanía N° 25.887.126, adquirió el día 26 de diciembre de 2017, la obligación N° 0013-0158-00-9612215234, con el Banco BBVA Colombia S.A., por valor de SETENTA Y SIETE MILLONES CIEN MIL PESOS (\$77.100.000.00) y el día 11 de septiembre de 2018, la obligación N° 0013-0158-00-9614599296, con el Banco BBVA Colombia S.A., por valor de VEINTICINCO MILLONES DE PESOS (\$25.000.000.00).

La obligación N° 0013-0158-00-9612215234, fue amparada con el seguro de vida grupo deudores N° 02-227-0000016573, expedida por BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., con una vigencia del 26 de diciembre de 2017, hasta el fin del crédito, con un valor asegurado de SETENTA Y SIETE MILLONES CIEN MIL PESOS (\$77.100.000.00), y La obligación N° 0013-0158-00-9614599296, fue amparada con el seguro de vida grupo deudores N° 02-215-0000502603, expedida por BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., con una vigencia del 11 de septiembre de 2018, hasta el fin del crédito, con un valor asegurado de VEINTICINCO MILLONES DE PESOS (\$25.000.000.00), que garantizaban el pago insoluto de la obligación ante la muerte, la incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización e incapacidad total temporal de la señora Aura Elena Hoyos Lemus.

Como tomador y beneficiario de la póliza de vida grupo deudores N° 02- 215-0000502603, se encuentra el Banco BBVA Colombia S.A.

El día 4 de febrero del año 2019, la señora Aura Elena Hoyos Lemus, fallece a causa de paro cardio respiratorio, dejando como beneficiaria de las pólizas N° 02-227-0000016573, y N° 02-215-0000502603, al Banco BBVA Colombia S.A.

Una vez ocurrido el siniestro el señor Andrés Felipe Pérez Hoyos, hijo de la interfecta Aura Elena Hoyos Lemus, solicitó el día 15 de febrero de 2019, al Banco BBVA Colombia S.A., realizar todos los trámites pertinentes para hacer efectivo los seguros de vida que la señora Aura Elena Hoyos Lemus, (Q.E.P.D) había suscrito con la aseguradora BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., al momento de tomar los dos créditos y de esta manera cancelar el saldo insoluto de las obligaciones N° 0013-0158-00- 9612215234, y N° 0013-0158-00-9614599296.

Las reclamaciones que trata el hecho anterior fueron objetadas el día 26 de febrero de 2019, por parte de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., negando el pago del saldo insoluto de las obligaciones N° 0013-0158-00- 9612215234, y N° 0013-0158-00-9614599296, pues adujo que en la declaración de asegurabilidad la señora Aura Elena Hoyos Lemus, había manifestado que no padecía ninguna enfermedad, sin embargo, con anterioridad a la suscripción de la póliza, se le había diagnosticado hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Los cuestionarios de la declaratoria de asegurabilidad, fueron avalados por BBVA Seguros De Vida Colombia S.A.

La señora Aura Elena Hoyos Lemus, al momento de tomar las Pólizas N° 02-227-0000016573, y N° 02-215-0000502603, autorizo el tratamiento de datos personales, esto es, permiso amplio y suficiente a BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., para que durante la etapa Precontractual y Contractual, accediera a bases de datos que le permitieran conocer el estado de salud del suscriptor.

En el mismo cuestionario de la declaratoria de asegurabilidad la señora Aura Elena Hoyos Lemus, autorizó a BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., para consultar y obtener copia de su la historia clínica.

A la señora Aura Elena Hoyos Lemus, ni al momento de tomar las Pólizas N° 02-227-0000016573, y N° 02-215-0000502603, ni después de suscritas las precitadas Pólizas, fue valorada por ningún profesional de la salud de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., pese a contar con autorización por parte de la señora Hoyos Lemus, para acceder a toda la información médica del paciente.

A la señora Aura Elena Hoyos Lemus, no le pidieron copia de su historia clínica, para la validación de su historial médico, y mucho menos le explicaron las condiciones de las pólizas, desconociendo las obligaciones que le atañen a las compañías aseguradoras, como especialistas en el tema, por demás complejo como lo es el contrato de seguro.

BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., no tuvo interés alguno en la validación del riesgo a asumir, pese a ser el experto en la explotación de esta actividad comercial, aunque desde sus inicios contaba con las herramientas para determinar si disponía de condiciones más onerosas para emitir la póliza, o, por el contrario se retraía de su celebración.

El señor Andrés Felipe Pérez Hoyos, recibe llamadas por parte de la oficina de cobranzas del Banco BBVA Colombia S.A., amenazándolo con embargos y acciones judiciales, lo que ha generado una afectación en la salud del señor Andrés Felipe Pérez Hoyos.

El Banco BBVA Colombia S.A., ha sido pasivo y tolerante respecto de la posición tomada por BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., a sabiendas que no hubo examen de ingreso a la póliza, contrariando el concepto de la Superintendencia Financiera N° 201304602-001, del 2 de julio de 2013, el cual indica “ ... la contratación de seguros de vida por cuenta de sus deudores, impone a las instituciones financieras el deber de iniciar, en su calidad de beneficiarias de dichos seguros, las acciones pertinentes que permitan formalizar las reclamaciones respectivas para obtener las indemnizaciones que cubran los saldos insolutos de los créditos adquiridos por sus deudores”.

Admitida la demanda por el a-quo el 25-agosto-2021, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. contestó la demanda en forma oportuna. Se presentó cesión de derechos litigiosos efectuada por BANCO BBVA COLOMBIA S.A., en favor de AECSA S.A. la cual fue aceptada. AECSA S.A. no allegó contestación.

En su contestación BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., manifestó que dentro de las mencionadas pólizas se registró al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. como tomador y beneficiario, teniendo en cuenta que la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS diligenció y firmó la solicitud/certificado individual del seguro, fue incluida como asegurada dentro de la póliza vida grupo deudores, dentro de la cual se contrataron los amparos de vida e incapacidad total y permanente

e. Aclarar que el objeto de la póliza vida grupo deudores era amparar el saldo insoluto de la obligación, al momento de la ocurrencia de uno de los riesgos asegurados, por lo que el valor asegurado siempre dependerá del saldo insoluto de la obligación que tenga el asegurado con la entidad bancaria.

Acepta que procedió a dar respuesta a la reclamación presentada por los demandantes, objetándola dentro de la oportunidad legal establecido para ello, toda vez que se logró evidenciar que la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, omitió declarar e informar debidamente su condición de salud pues no informó que tenía antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA), antecedentes no declarados y que por su connotación tenía que ser de conocimiento de la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción de la póliza.

Expuso que de acuerdo con la normativa vigente y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia Sala Civil como órgano de cierre de la jurisdicción civil, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no está obligado a realizar ningún examen médico al candidato del seguro (Art. 1158 Código de Comercio) con el fin de constatar su estado de salud o de verificar patologías preexistentes, pues precisamente en virtud del principio de la buena fe el asegurador asume el riesgo de conformidad a lo que este le declara. Tratándose de contrato de seguro de vida como en el caso que nos ocupa, el mismo se requiere no solo de buena fe del tomador/asegurado, sino de la máxima o ubérrima buena fe al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador/asegurado del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir, por lo que al manifestar el demandante en la declaración de asegurabilidad no tener antecedentes médicos y que su estado de salud era normal, tal manifestación era suficiente para compañía de seguros para dar su consentimiento y celebrar el contrato.

Propuso como medios exceptivos de mérito:

-NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES POR RETICENCIA O INEXACTITUD, SU DESARROLLO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

-INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) Y LA BUENA FE A CARGO DE MI REPRESENTADA 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 DEL DEMANDANTE CON AFECTACIÓN A LA POLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

-AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Ahora bien, desplegado el trámite procesal de rigor, la juez a-quo citó a las partes para la celebración de las audiencias señaladas en los cánones 372 y 373 del Código General del Proceso, de manera que evacuadas cada una de sus etapas procedió a dictar sentencia.

SENTENCIA APELADA

El Juzgado Tercero Civil Municipal de esta ciudad, en sentencia adiada 18-septiembre-2023, proferida dentro del proceso verbal de la referencia resolvió:

Declarar probada la excepción de reticencia propuesta por la parte demandante BBVA Seguros De Vida Colombia S.A y declarar la anulabilidad o nulidad relativa de los contratos de seguros pólizas de vida grupo deudores No. 02- 227-0000016573, y No. 02-215-0000502603. No hubo condena en costas a cargo de la parte demandada.

Estimó, en síntesis, que:

1. Se confirma que contratos de seguros pólizas de vida grupo deudores No. 02- 227-0000016573, y No. 02-215-0000502603 fueron suscritos por la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS cuyo beneficiario es BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
2. Se acredita el fallecimiento de la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS el 4-febrero-2019 y de la reclamación reclamada por su hijo ANDRES FELIPE PEREZ HOYOS
3. El 26-febrero-2019 BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dio respuesta a la reclamación, objetándola debido a que la señora AURA ELENA no había reportado las preexistencias al momento de suscribir la póliza en el formato respectivo, encontrándose viciado por nulidad relativa.
4. La acción no ha caducado ni se encuentra prescrita en tanto no habían transcurrido dos años desde la celebración de la audiencia de conciliación y la interposición de la demanda teniendo en cuenta la suspensión de términos judiciales acaecidos por la pandemia causada por COVID19.
5. Se encontró probada la excepción de “reticencia” por nulidad relativa del contrato de seguros, debido a que la solicitante del contrato de seguros, no llenó el cuestionario relacionado con su situación de salud para determinar la asegurabilidad conforme a la verdad, ya que declaró no sufría de las patologías de hipertensión arterial y diabetes mellitus que a sabiendas, padecía para ese momento.
6. Indicó que el tomador del seguro está obligado a declarar las situaciones o circunstancias que determinan el estado del riesgo, de buena fe, de manera que la aseguradora debe conocer el verdadero estado del riesgo, para que así esta pueda negar el amparo o modificar las condiciones del contrato como por ejemplo el valor de la prima, posibilidad que se le negó a la aquí demandada.

TRAMITE

La sentencia fue objeto de recurso de apelación por el vocero judicial de la parte actora durante, siendo los motivos de reparo que las sentencias citadas por el aquo como base de su decisión no constituyen doctrina probable, paralelas a ella, existen otras sentencias que indican ciertos parámetros o circunstancias que deben tener en cuenta las compañías aseguradoras al momento de suscribir el contrato, tales como el examen médico de ingreso o la historia clínica.

Así las cosas, en la misma diligencia se concedió el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida, en el efecto suspensivo.

Recepcionado el expediente por esta judicatura, se admitió el recurso de alzada mediante auto del 7-noviembre-2023. La parte demandante allega escrito sustentando el recurso interpuesto, por lo que mediante proveído calendarado 20-noviembre-2023 se corrió traslado a la parte demandada de la sustentación por el término de cinco (5) días

RECURSO DE APELACION

En forma oportuna, el apelante allega escrito al plenario sustentando su recurso en los siguientes términos:

1. **INDEBIDA VALORACION DE LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL COMO FUENTE OBLIGATORIA DEL DERECHO:** Expone que la Corte Constitucional de manera pacífica le da el carácter de obligatoriedad a sus manifestaciones jurisprudenciales, y que son el punto de partida y fuente de derechos. La Corte Constitucional entendió la especial posición del precedente en el sistema de fuentes, y su importancia para la vigencia de un orden justo y la efectiva protección de los derechos y libertades de las personas. Es bien sabido que la fuente principal de producción del derecho es el Juez a través de sus decisiones, si a ello le sumamos el principio de supremacía constitucional, la decisión judicial se convierte en la expresión normativa por excelencia.

Aporta extractos de las sentencias T-832 de 2010, T-751/12; T-222 del 2014; T-316/15, Sentencia T-670 del 2016 donde se desarrolla el tema de la reticencia y la obligatoriedad de los exámenes médicos para el ingreso a una póliza de vida y el nexo causal entre la inexactitud y el siniestro.

Alega que en el desarrollo del debate probatorio en el interrogatorio al Representante Legal de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., esté confeso la no realización de exámenes de ingreso, bajo la excusa de ser costosos, no rentables financieramente para la compañía aseguradora. Estando en contravía de lo desarrollado jurisprudencialmente por la Corte Constitucional, y la Corte Suprema de Justicia, ejecutando su labor de indagación solo con posterioridad al siniestro. Cuando en la etapa precontractual pudo haber solicitado una simple copia de la HC de la señora Elena Hoyos Lemus (Q.E.P.D).

2. **INDEBIDA VALORACION E INTERPRETACION NORMATIVA Y JURISPRUDENCIAL:**

El Despacho no interpretó de manera correcta los presupuestos legales y jurisprudenciales existentes frente al artículo 1058 del Código de Comercio, y el artículo 151 y ss del Código

General del Proceso, lo que ocasionó que arribara a la conclusión contenida en la sentencia apelada.

La cual erróneamente manifiesta que existe doctrina probable sobre el tema de la reticencia, cuando la realidad procesal indica lo contrario, pues existen pronunciamientos recientes, que sobre el tema imparten reglas de derecho imperativas a los supuestos fácticos que aquí se discuten, y en ese sentido debió el A quo subsumir cada uno de los supuestos plasmados en el litigio para aplicar el verdadero precedente doctrinal y desatar el problema jurídico planteado desde la demanda y la contestación.

Aporta extractos de las sentencias Sentencia SC-02 ago. 2001, Sentencia SC-5327-2018, Rad 68001-31-03-004-2008- 00193-01, del 13 de diciembre de 2018, MP Dr. Luis Alonso Rico Puerta y Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, SC3791 de 2021, del 1° de septiembre de 2021, MP Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

Afirma que BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., fue negligente pues teniendo la autorización para obtener la historia clínica, pues con la firma de la Solicitud Seguro De Vida Grupo, la señora Aura Elena Hoyos Lemus, autorizó el tratamiento de datos personales, esto es, permiso amplio y suficiente a BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., para que durante la etapa PRECONTRACTUAL y CONTRACTUAL, accediera a bases de datos que le permitieran conocer el estado de salud del suscriptor. Adicional a lo anterior consultar la historia clínica de la señora Aura Elena Hoyos Lemus, era un dato sensible, para la suscripción del seguro, conforme el documento Solicitud Seguro De Vida Grupo. Así como tampoco realizó la validación de su historial clínico, ratificando nuestra hipótesis, y lo dicho ampliamente por la Jurisprudencia, no tuvo interés alguno pese a ser el experto en la explotación de esta actividad comercial, en la validación del riesgo a asumir, aunque desde sus inicios contaba con las herramientas para determinar si disponía de condiciones más onerosas para emitir la póliza, o, por el contrario se retraía de su celebración.

3. INDEBIDA VALORACION DE LOS SUPUESTOS FACTICOS QUE RODEARON EL CASO:

Aduce que no se valoró de forma acertada las circunstancias fácticas que se presentaron en este asunto, ni se sustentó con suficiencia la mala fe que dieran como probados la reticencia, claves para la decisión hoy impugnada, ni explicó como debe ser la decisión judicial porque debe ser esa la valoración resultante y no otra, para que no surjan penumbras en materia de argumentación y razonamiento probatorio tal como lo hace la sentencia recurrida.

Dice que la ejecución de buena fe que se predica en especial consideración del contrato de seguros, no sólo presupone un comportamiento adecuado, y leal de aquellos que suscriben el referido negocio jurídico sino, el acatamiento de la Constitución y demás normas de orden público que definen el marco jurídico y rango de acción del contrato celebrado.

Así mismo, que es apenas intrínseco y necesario el respeto de las cláusulas contractuales, así como la confianza en la conducta que se espera de los particulares contratantes, más aún en el caso de una aseguradora, dada la clara posición dominante que detentan en esta tipología de contratos.

En suma de lo antes expuesto, dice que no puede descartar la Aseguradora Demandada que son ellos quienes precisamente en ejercicio profesional de sus actividades económicas y dada su experiencia de años, escudarse en la buena fe y demandar de mi protegido un ejercicio a conciencia, que claramente ha cumplido pese a todas las vicisitudes, cuando ellos no

cumplieron con los requerimientos mínimos, verbigracia, practica de exámenes médicos de ingresos, o la indagación de la Historia Clínica actualizada.

Concluye que ante la falla reiterada de la contraparte no puede pretender escindirse de su obligación con la imputación de supuestos actos fraudulentos que NO están demostrados, pues la mala fe no es cuestión de alegarse sino de demostrarse, reiteramos el contrato de seguros es de ubérrima buena fe.

4. INDEBIDA VALORACION PROBATORIA POR PARTE DEL DESPACHO

Considera que el Juzgador no valoró en debida forma el acervo probatorio militante en el expediente, especialmente el interrogatorio de parte realizado al Demandado, y al Demandado Andrés Pérez Hoyos, así como también, no le dio valor probatorio a la autorización realizada por la señora Aura Elena Hoyos Lemus, para que su historial médico fuera consultado, le pidieran exámenes de ingreso, o una copia de su historia clínica actualizada.

Afirma que tampoco valoró acertadamente los interrogatorios tanto de los demandantes, como de los demandados, en donde se pudieron obtener varias confesiones como fue la del Demandante Andrés Pérez Hoyos, quien manifestó que acompañó a sus señora madre Elena Hoyos Lemus (Q.E.P.D), y estuvo presente al momento de la firma de la declaración de asegurabilidad, y fue este asesor en harás ganar su comisión, quien le indico que no marcara ninguna enfermedad para que su crédito no fuera negado.

También dice que el interrogatorio del representante legal de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., quien confeso la no realización de exámenes de ingreso, a la señora Elena Hoyos Lemus (Q.E.P.D), bajo la excusa de ser costosos, no rentables financieramente para la compañía aseguradora.

5. INDEBIDA VALORACION DE LA BUENA FE Y LAS CONSECUENCIAS ACERTADAS EN EL LITIGIO

Arguye que la buena fe no solo se trata de perseguir al tomador para que manifesté todo con alto grado de científicidad frente a su estado de salud, pues compete al asegurador, realizar las pesquisas necesarias para contrastar los datos puestos a su consideración, más aun cuando en desarrollo y explotación de esta actividad negocial, tienen amplio conocimiento de la frecuencia y severidad de los siniestros asociados a pólizas de vida. Cita Sentencia SC3791 de 2021, del 1° de septiembre de 2021, MP Dr. Luis Armando Tolosa Villabona, en referencia a la Buena Fe.

6. INDEBIDA VALORACION DE LAS CARACTERISTIVAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA, COMO UN CONTRATO DE ADHESION.

Afirma que Tenemos que en el documento denominado Solicitud Seguro De Vida Grupo, o Declaración de Asegurabilidad, existe la facultad de no responder preguntas sobre datos sensibles (salud), otorgada por el mismo asegurador BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

La Real Academia Española, define la palabra facultativo como Opcional, no obligatorio. Negrillas y resalto más. <https://dle.rae.es/facultativo>

Las leyes 1266 de 2008, y 1581 de 2012, constituyen el marco general de la protección de los datos personales en Colombia, la Ley 1581 de 2012 fue reglamentada por el Decreto 1377 de 2013. El Decreto 1377 de 2013, en su artículo 3° numeral 3° establece las definiciones de algunas palabras entre ellas Datos Sensibles.

Artículo 3. Definiciones. Además de las definiciones establecidas en el artículo 3 de la Ley 1581 de 2012, para los efectos del presente Decreto se entenderá por: 3. Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos. Negrillas mías.

En ese orden de ideas la señora Aura Elena Hoyos Lemus, contaba con el amparo contractual de responder o no, preguntas referentes sobre sus datos sensibles, relativos a la salud.

7. INDEBIDA VALORACION DE LA LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA

Asevera que la Demandante ciertamente no tiene calidad de beneficiaria de la póliza de vida y no puede pedir para sí el pago de la precitada póliza, el contrato no puede convertir a un tercero en acreedor. Cosa que no se está haciendo en esta Demanda, la paciencia, aquiescencia, pasividad o tolerancia del Banco BBVA Colombia S.A., ha generado un perjuicio en el patrimonio del causante y a su turno en el de la herencia y sociedad conyugal de La Demandante, precisamente porque la función económico-jurídica del seguro ha sido puesta en vilo.

Se equivoca el ad quo, al indicar en su sentencia que mis prohijados están pidiendo para ellos el pago de la indemnización del amparo de las pólizas N° 02- 227-0000016573; 02-215-0000502603, está muy claro en el libelo introductor, en el acápite de pretensiones donde se solicita al señor Juez ordene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pagar a favor del BANCO BBVA COLOMBIA S.A., como tomador y beneficiario de las pólizas. (...)

PRONUNCIAMIENTO DEL EXTREMO DEMANDADO

El extremo demandado a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, se pronunció sobre los argumentos del apelante ya reseñados de la siguiente manera:

Solicita confirmar en su integridad la sentencia dictada en primera instancia reiterando las excepciones de mérito formuladas las cuales argumenta así:

1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES POR RETICENCIA O INEXACTITUD, SU DESARROLLO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL:

“Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención de las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. La declaración del estado del riesgo debe tener dos características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.

La inexactitud presupone una conducta activa del tomador e implica discordancia objetiva entre la declaración expresa (la absolució afirmativa o negativa de una pregunta, la

afirmación espontánea de un hecho) y la realidad del hecho o circunstancia sobre que ella recae. La reticencia, en cambio, entraña por definición, una conducta pasiva: es el silencio, es la omisión, el encubrimiento de un hecho o circunstancia sobre los cuales se reclamado la atención del tomador o cuya importancia ha debido motivar su declaración espontánea. Es decir que la declaración debe ser ajustada a la verdad de la situación de los bienes y las personas; no se deben omitir por parte del candidato al seguro hechos que pudieran afectar la voluntad del asegurador al momento de valorar el riesgo; el candidato al seguro está en mejor condición para conocer el verdadero estado del riesgo y es su deber informarlas al asegurador para que haga una adecuada calificación del riesgo, ya que ésta se sujeta a la información suministrada por el tomador asegurado o beneficiario en su declaración. Es menester manifestar al señor Juez, que no es procedente jurídica ni legalmente lo pretendido por el apoderado de la parte actora, debido a que la negativa de mi representada se encuentra sustentada fáctica, legal y probatoriamente, en el entendido que es clara la incurrancia de la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS (Q.E.P.D) en reticencia al ocultar u omitir información acerca de su verdadero estado de salud al momento de declarar sobre el estado del riesgo.

De las deposiciones manifestadas por los demandantes ANDRÉS FELIPE PÉREZ HOYOS y LAURA VANESSA PÉREZ HOYOS en su interrogatorio de parte rendido en audiencia inicial llevada a cabo el 6 de septiembre de 2023, se tiene como hecho confeso que la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS (Q.E.P.D.) padecía HIPERTENSIÓN ARTERIAL y DIABETES MELLITUS TIPO II desde el año 2013, es decir, previo a la suscripción del contrato de seguro con mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, y que incluso, tomaba medicamentos para dichas patologías, lo que permite inferir que no eran enfermedades silenciosas o desconocidas por la asegurada, por lo que al momento de diligenciar las declaraciones de asegurabilidad la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS (Q.E.P.D), omitió información esencial sobre su estado de salud, puesto que tenía dichos antecedentes patológicos. Circunstancia que se constata con lo plasmado en la historia clínica de la paciente. (...)

El seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de uberrimae bona fidei le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive, en los tratos preliminares también debe observarse so pena de generarse intereses negativos como lo son la nulidad relativa del contrato.

El tratadista Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece al hecho de que “ el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión” agregando que la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos, en tal sentido se dice que el seguro es uberrimae fidei contractus, esta nota peculiar se manifiesta no solo en la ejecución del contrato, sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador-asegurado del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir².

Ahora bien, el fenómeno de la reticencia en el contrato de seguro se encuentra regulado en el código de comercio para una mayor ilustración me permito transcribir las normas que la regulan: “Art. 1058. 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 hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a

estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...” (Negrillas y subrayado por fuera del texto original Art. 1158. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

Por disposición legal, los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. imponen un deber, como imperativo de conducta, en el candidato a asegurado dentro de la póliza dada la especialidad de este contrato, previendo que en caso de incumplimiento en la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo tal situación conlleva a la sanción prevista en el citado artículo 1058. La sanción prevista en el artículo 1058 del código de comercio se justifica en la medida en que la reticencia o inexactitud en la que incurre el tomador, en la declaración del estado del riesgo, representa un "vicio en el consentimiento del asegurador el cual es inducido a un error en su manifestación de voluntad frente al tomador (...)

Ahora, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el candidato al seguro debe declarar en forma sincera el estado del riesgo, esta declaración se puede hacer en forma dirigida, es decir, cuando la aseguradora provee un formulario de preguntas, o de manera espontánea cuando no se entregue el mismo por parte de la compañía de seguros. En el primer escenario, el hecho de que la aseguradora haya suministrado un cuestionario que debe ser respondido por parte del candidato al seguro, conlleva unos efectos prácticos, como es que se presume que las preguntas que se incluyen en el cuestionario son determinantes para efectos de que la compañía de seguros forme su juicio en torno a la celebración o no del contrato de seguro o su celebración en condiciones más gravosas.

El cuestionario puede contener preguntas referentes a aspectos objetivos o aspectos subjetivos o morales del riesgo. Existiendo omisión de información sobre alguno de esos hechos objetivos o subjetivos o una información imprecisa o inexacta sobre los mismos, se viciaría el consentimiento de la compañía de seguros. Razón por la cual el tomador de seguro está obligado a responder sinceramente el cuestionario que le proporcione la compañía de seguros previo a la celebración del contrato. En cuanto a la declaración dirigida, la doctrina ha expuesto que "Cuando la declaración obedece a un cuestionario planteado por el asegurador, mediante una declaración dirigida, la buena fe del declarante opera sobre hechos o circunstancias de orden objetivo y subjetivo. En este caso sólo hace falta la existencia de la reticencia o inexactitud para dar fundamento a la procedencia de la acción rescisoria". Bajo esta premisa, el espíritu del artículo 1058 del C. de Co. busca que el asegurador preste su consentimiento libre de vicios, es decir, separado de error o dolo causado por culpa del candidato a tomador – asegurado, consentimiento que para el caso que nos ocupa, como ya bien se expuso se encuentra viciado.

(...) A dicha reclamación se le dio respuesta negativa por parte de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. alegando reticencia con base en la historia medica de fecha 22 de noviembre de 2013, pues se encontró que la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS (Q.E.P.D) tenía antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA). Lo anterior permite establecer que la asegurada tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad, inmersas en las solicitudes/certificado individual del seguro de vida grupo deudores, en las cuales se le formularon preguntas específicas sobre su estado de salud y este omitió informar tales antecedentes médicos ya conocidos por él, por lo cual se configura una nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos dentro de la póliza. Como se puede observar,

la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS (Q.E.P.D), al momento de diligenciar las declaraciones de asegurabilidad omitió información esencial sobre su estado de salud, puesto que tenía antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA), siendo conocidas por este antes de suscribir el contrato de seguro, circunstancia que de ser conocida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., habría sido fundamental para efectos de la consideración del riesgo asumido, no asumiendo el riesgo o haciéndolo en condiciones más onerosas. Es así, como en el presente caso se vislumbra claramente la configuración de reticencia por parte del asegurado, y, en consecuencia, se originó la respectiva sanción al negocio jurídico, que como ya se ha estudiado previamente consiste en la nulidad relativa del contrato de seguro, extinguiendo de esa manera la obligación condicional de la aseguradora de acceder al pago de la indemnización reclamada por el asegurado.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) Y LA BUENA FE A CARGO DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. (...) *“no es admisible pretender endilgar en cabeza de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la obligación de realizar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo de los posibles candidatos a ser asegurados, pues, al ser el contrato de seguros de vida grupo deudores un contrato peculiar, el mismo se erige o fundamenta sobre el principio de la buena fe, el cual le otorga especial importancia al deber de información que se deben las partes intervinientes durante todo el desarrollo del negocio contractual.” (...)*

“se puede concluir sin temor a equívocos que como la declaración de asegurabilidad es el medio que tiene el asegurador para enterarse del estado de ese riesgo del candidato al seguro, por esta razón, nuestra legislación castiga severamente esta falta a la ubérrima buena fe. Dentro de la suscripción de los contratos de seguros amparados en las Pólizas No. 227-0000016573 y No. 02-215- 000050260 mi representada actuó de buena fe toda vez que con base en la información suministrada por la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS (Q.E.P.D.) en el certificado individual sobre su estado de salud, esta manifestó que no padecía o había padecido las enfermedades enunciadas en el cuestionario, razón por la cual mi representada procedió a incluirlo como asegurado de dicha póliza, actuación que no se puede predicar del candidato al seguro toda vez que se encuentra plenamente demostrado que omitió o calló, padecimientos o patologías que venían en estado de evolución.”

3. 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 SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES. *“Como quiera que el contrato de seguro en cita adolece de vicios en su formación y, en consecuencia, es susceptible de nulidad relativa conforme a los Artículos 1058 y 1158 del C. de Co., el acto jurídico es ineficaz y, por contera, no existe obligación legal y/o contractual de reconocer la prestación asegurada por cuenta de la póliza que sirvió de fundamento para la vinculación de mi representada.”*

4. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. *“En cuanto al régimen de responsabilidad civil contractual, en el derecho civil colombiano se han señalado los siguientes elementos que la conforman, y, por ende, que surja una obligación de indemnizar por parte del deudor, los cuales son: un perjuicio, una culpa contractual y un vínculo de causalidad entre la culpa y el perjuicio, todo lo cual, debe girar en torno a un contrato válidamente celebrado entre las partes. Por ser este un aspecto que no se encuentra regulado legalmente, la jurisprudencia colombiana ha señalado como elementos comunes entre la responsabilidad contractual y extracontractual.” (...)*

“En el presente caso la parte actora, solicita como fundamento de sus pretensiones supuestos incumplimientos por parte de las demandadas en el cubrimiento de los riesgos amparados en las pólizas de vida grupo deudores suscritas por la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS (Q.E.P.D). Teniendo en cuentas lo anterior, tenemos que la acción encuentra su respaldo legal aunque la parte demandante no lo indique en la demanda en la armonización de los artículos 1602 y 1546, en los que se dispone que en caso que uno de los contratantes incumpla sus obligaciones, opera la condición resolutoria, y en tal caso, por efecto de la ley se faculta al otro contratante para pedir a su arbitrio, o el cumplimiento del contrato o su resolución y en ambos casos la indemnización de perjuicios que corresponda.

Pues bien, en el caso bajo estudio, tenemos que la parte demandante arguye incumplimiento de obligaciones en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pero tenemos que no aporta prueba alguna que demuestre la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., solo se menciona que se presentó reclamación y que en virtud de ello teniendo en cuenta las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma, pero no aporta prueba, teniendo la carga de hacerlo, la cual sea demostrativa de conducta por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en la cual se ponga en evidencia un incumplimiento.

Ahora, tampoco existe una relación de causalidad entre el supuesto daño y la conducta despegada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pues debe tenerse en cuenta, que, de la reclamación presentada ante el Banco BBVA, por parte de la demandante, fue atendida indicando su imposibilidad de continuar la misma hasta tanto no fueran aportados nuevos documentos demostrativos del amparo reclamado.

Así también, es menester mencionar, que es necesario que sea presentada una reclamación aparejada de los comprobantes que permiten acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los términos del artículo 1077 del C. de Co., pues a partir de la formalización del reclamo empieza a correr el término para que la aseguradora reconozca el valor asegurado u objete la misma, de lo contrario dicha reclamación no puede ser considerada formal. Por último, no existe un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por el cual se le pueda endilgar a título de culpa o dolo, que este incurrió en conducta sobre la cual pueda enrostrársele algún tipo de incumplimiento.”

CONSIDERACIONES

En efecto, la determinación con que finalizará este momento de la Litis será de mérito por cuanto los autos evidencian las condiciones de existencia jurídica y validez formal del proceso.

Abordando el estudio de esta Litis, esta superioridad se limitará a resolver los puntos objeto de inconformismo por parte del recurrente, los cuales se centran en que según los desarrollos jurisprudenciales mas recientes de la Corte Constitucional y Corte Suprema de Justicia, es obligatorio que el asegurador realice exámenes médicos para el ingreso a una póliza de vida. En este sentido, explica que en el interrogatorio al Representante Legal de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., esté confeso la no realización de exámenes de ingreso, bajo la excusa de ser costosos, no rentables financieramente para la compañía aseguradora.

Afirma que BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., fue negligente pues teniendo la autorización para obtener la historia clínica por parte de la tomadora, podía acceder a bases de datos que le permitieran conocer el estado de salud del suscriptor y a su historia clínica que contenía datos sensibles y que no estaba obligada a plasmar en el cuestionario. Así mismo, alega que no sustentó la mala fe por la cual dio por probada la excepción de reticencia

Afirma que tampoco valoró acertadamente los interrogatorios tanto de los demandantes, como de los demandados, en donde se pudieron obtener varias confesiones como fue la del Demandante Andrés Pérez Hoyos, quien manifestó que acompañó a sus señora madre Elena Hoyos Lemus (Q.E.P.D), y estuvo presente al momento de la firma de la declaración de asegurabilidad, y fue este asesor en aras ganar su comisión, quien le indicó que no marcara ninguna enfermedad para que su crédito no fuera negado.

Finalmente, asevera que es cierto que la demandante no tiene calidad de beneficiaria de la póliza de vida y no puede pedir para sí el pago de la precitada póliza, el contrato no puede convertir a un tercero en acreedor, y que es claro en el acápite de pretensiones de la demanda donde se solicita al señor Juez ordene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. pagar a favor del BANCO BBVA COLOMBIA S.A., como tomador y beneficiario de las pólizas. (...)

La Sala de Casación Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia en su sentencia SC5170-2018 con ponencia de la doctora MARGARITA CABELLO BLANCO, palabras más, palabras menos, compendió los elementos de la responsabilidad civil contractual así: La existencia de un vínculo contractual, incumplimiento originado por culpa del demandado, causación de un daño o perjuicio y un nexo causal entre el incumplimiento y el daño.

Dicho lo anterior, conviene dar una breve orientación respecto al contrato de seguros, entre otros aspectos. Veamos:

1) CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguros es de naturaleza privada, depende de la voluntad de las partes. Su finalidad, reside en el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia. Este, se rige por los parámetros constitucionales anteriormente mencionados, especialmente, artículos 333 y 335 Superiores y, legalmente, su marco jurídico base se encuentra en el Título V del Libro IV del Código de Comercio. La Corte Suprema de Justicia lo ha definido como aquel en virtud del cual persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, (denominada siniestro) a indemnizar al los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una

2) CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva:

- a. Consensual: se perfecciona y nace a la vida jurídica solo con el consentimiento de las partes. Es decir, desde que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador.
- b. Bilateral: la obligación contraída es recíproca. El tomador se compromete a pagar la prima y, en contraste, el asegurador debe asumir el riesgo y, en caso de ocurrir el siniestro, pagar la indemnización.
- c. Oneroso: el tomador se encuentra a cargo del gravamen consistente en el pago de la prima. La entidad aseguradora debe pagar la indemnización en caso de ocurrir el siniestro y conforme con las particularidades del contrato realizado.
- d. Aleatorio: la obligación de las partes, asegurador y asegurado, está sujeta a la eventual ocurrencia del siniestro.
- e. Ejecución sucesiva: las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, se desenvuelven continuamente hasta que culminan.

3) ELEMENTOS ESENCIALES

Se compone de 4 elementos esenciales, en ausencia de cualquiera de los cuales no produce efecto alguno:

- (i) el interés asegurable,
- (ii) el riesgo asegurable;
- (iii) la prima o precio del seguro; y
- (iv) la obligación condicional del asegurado

4) PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguros es un contrato uberrimae fidae, es decir, la eficacia de sus efectos depende del acatamiento a la buena fe. En virtud de ello, este principio se lo ha relacionado con al menos dos preceptos jurisprudencialmente: (i) la integración leal y honesta del clausulado contractual; y (ii) la obligación del tomador o asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo.

5) RETICENCIA

El artículo 1058 del código de comercio dispone que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador; en caso contrario, esto es, si aquel incurre en reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por este, lo hubieran retraído de asegurarlo, o inducido a estipular condiciones más onerosas, se produce la nulidad relativa del mismo.

Sobre el tema de la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que “el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

6) PRECEDENTE APLICABLE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA INTERPRETACIÓN Y ALCANCE DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

“...Debe tenerse en cuenta que ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cual fue

la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador beneficiario de la prestación aseguradora. Este punto, por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación como en materia de tutela.” (SENTENCIA SC3791-2021)

Establecidos los anteriores conceptos, procede esta judicatura a pronunciarse sobre los reparos alegados por el apelante valorando los elementos de prueba con los que cuenta esta controversia. De entrada, esta unidad judicial advierte que si bien es cierto se valorarán las pruebas recaudadas también se tendrá en cuenta lo contenido en el artículo 167 del C.G.P., que en su tenor literal consagra:

“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”

No existe discusión respecto a los contratos de seguros -pólizas de vida grupo deudores- No. 02- 227-0000016573, y No. 02-215-0000502603 suscritos por la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS cuyo beneficiario es BANCO BBVA COLOMBIA S.A, del fallecimiento de la señora AURA ELENA HOYOS LEMUS el 4-febrero-2019, de la reclamación reclamada por su hijo ANDRES FELIPE PEREZ HOYOS, así como también de que el 26-febrero-2019 BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dio respuesta a la reclamación, objetándola debido a que la señora AURA ELENA no había reportado las preexistencias al momento de suscribir la póliza en el formato respectivo, por lo tanto, el despacho no estudiará a profundidad los elementos de la responsabilidad civil contractual, ya que sobre el hecho y el daño alegado por los demandantes no existe discusión. Tampoco el referente a la caducidad o prescripción de la acción en tanto no fueron motivo de reparo por parte de los sujetos procesales que integran la litis. Solo existe discusión respecto al nexo causal, el cual se determinará al estudiar la configuración de la “reticencia”.

En cuanto a este respecto, tenemos que la aseguradora dio aplicación a la sanción establecida en el artículo 1058 del código de comercio, sin embargo, de acuerdo con el criterio trazado por la Corte, no toda reticencia implica per sé la anulación del contrato de seguros: no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento, precisamente porque cuando es el asegurador quien invoca la sanción de nulidad, le corresponde demostrar las hipótesis normativas.

El artículo 1058 del Código de Comercio señala dos comportamientos: el del tomador, en relación a las reticencias o inexactitudes en el estado del riesgo. Y el del asegurador, que, conociendo esas inconsistencias, tiene la posibilidad de haberse «retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas». Ambos hechos son los que, como se remata en el inciso final del mismo precepto, «producen la nulidad relativa del seguro».

Es entonces irrelevante si está demostrada la falta de sinceridad del tomador o asegurado, si no está acreditado cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Recuérdese que no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Si analizamos las reticencias en cuanto a las condiciones de salud preexistentes en el tomador de la póliza, - hipertensión arterial y diabetes mellitus- la aseguradora demandada no demostró su incidencia en el desenlace del contrato.

Esta circunstancia antes descrita es la que, aflora para el presente caso en particular, primero porque se tendría que demostrar la mala fe del tomador y que su omisión en declarar condiciones de salud preexistentes, habrían modificado la voluntad del asegurador para amparar el riesgo asegurado o

modificar el valor de la prima. Trabajo probatorio que no hizo el demandado y que no puede ser suplido con la simple incorporación al proceso del formulario o cuestionario de preguntas ya que la mala fe lleva implícita un componente psicológico de intención de causar daño, elemento que no se puede extraer por la sola firma del documento el cual es un formato preestablecido que es llenado al mismo tiempo junto con un sinnúmero de otros documentos que conforman el papeleo para acceder a un crédito y como ya en otras ocasiones lo ha reiterado la Corte Constitucional.

Como en acápites anterior se precisó, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. En cualquier caso, la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades

Quiere decir que, siguiendo el criterio trazado por la Corte en el precedente aplicable a este caso, no existe prueba que evidencie que la accionada hubiese solicitado al asegurado exámenes médicos ni siquiera copia de su historia clínica antes de comprometerse a ampararlo ante el riesgo de muerte. Resulta contradictorio que la aseguradora se niegue a hacer efectiva la póliza cuando, como esta misma lo reconoce, en la misma historia clínica de la señora Aura Elena Hoyos Lemus se encontraba diagnosticada con hipertensión arterial y diabetes en fecha anterior a la suscripción de las pólizas. Se recuerda que en el ordenamiento jurídico colombiano a nadie le es posible alegar su propia torpeza, culpa o negligencia.

Esta circunstancia debió corroborarse antes de celebrar el contrato y dejarse sentado en el contrato las exclusiones. Se recuerda que resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, en tal virtud “debidamente autorizada” ‘por la ley para asumir riesgos (...)’ deja de auscultar, pudiendo hacerlo, no puede clamar, ex post, que se decrete la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente. Siguiendo el artículo 1058 inciso 4° del Código de Comercio, las aseguradoras no pueden alegar la nulidad relativa del contrato o la disminución en el pago de la obligación cuando conocen o han debido conocer los hechos o circunstancias preexistentes.

Adicionalmente, la aseguradora accionada debió demostrar cómo la hipertensión arterial y diabetes padecida por su asegurado afectaba el contrato, al punto que, de conocerse, hubiese tenido la entidad suficiente para que esta se rehusara a suscribir el contrato o a pactarlo bajo condiciones más onerosas. Esta situación evidencia que los argumentos de la empresa accionada únicamente buscan eludir la obligación adquirida.

Por otra parte, es pertinente manifestar que de la actividad probatoria desplegada por la parte demandada no se puede extraer que la causa de la muerte obedeció a complicaciones por enfermedades de base, sino a causa de complicaciones de la cirugía de RESECCION DE ADENOMA HIPOFISIARIO POR CRANEOTOMIA (cáncer), sin más conclusiones, teniendo en cuenta que se requiere de la opinión experta de un médico para arribar a otras determinaciones, documento o experticia que no fue aportada al plenario.

De lo anterior se colige que la aseguradora tampoco cumplió con la carga probatoria de demostrar el nexo causal entre la preexistencia y la causa que originó el siniestro en este caso la muerte de la señora Hoyos Lemus, como así lo imponen las sub reglas en materia de Reticencia. Es evidente para este despacho que con la simple enunciación o enumeración de las patologías que padecía y/o padeció la señora Aura Elena Hoyos, en los antecedentes de la historia clínica, por sí solo este hecho no era suficiente para determinar que la causa de su deceso obedeció a complicaciones originadas en dichas patologías.

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

«El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión. (SENTENCIA T-282-2016)

De acuerdo con los anteriores argumentos se caen por su propio peso las excepciones formuladas por la demandada, en atención a que todas estaban sustentadas en la aplicación de la reticencia como sanción para no afectar las pólizas, sin embargo, como quedó demostrado en esta clase de proceso la carga se le impone a la demanda máxime cuando alega a vía de excepción tales argumentos, carga que no logro cumplir la parte demandada.

En consecuencia, de lo anterior salen airosas las pretensiones de los demandantes, motivo por el cual se revocará la sentencia **de primera** instancia proferida por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Montería en sentencia fechada 18-septiembre-2023, se declararán NO PROBADAS las excepciones de mérito propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., denominadas 1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES POR RETICENCIA O INEXACTITUD, SU DESARROLLO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL; 2. INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) Y LA BUENA FE A CARGO DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., 3. 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 SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES; y AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., y en consecuencia, se declarará que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., está obligada a afectar las pólizas de seguro deudores pólizas N° 02-227-0000016573, y N° 02-215-0000502603 en beneficio de AECSA SAS – cesionaria de BANCO BBVA COLOMBIA S.A.- en razón al fallecimiento de la señora Aura Hoyos Lemus, donde no operó el fenómeno de la reticencia.

Se Condenará a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A NIT 800.226.098-4, a pagar a la beneficiaria AECSA SAS (Cesionaria de BANCO BBVA COLOMBIA) dentro de los cinco días siguientes a la ejecutoria de esta providencia el importe de la deuda de los créditos identificados como obligación N° 0013-0158-00-9612215234 y N°0013-0158-00-9614599296. Finalmente, se condena en costas a las demandadas BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y AECSA SAS.

Se negarán las pretensiones atinentes a “*Ordenar al Banco BBVA Colombia S.A., abstenerse de iniciar cualquier tipo de cobro judicial y/o extrajudicial, en contra de los Demandantes Andrés Felipe Pérez Hoyos, Laura Vanessa Pérez Hoyos, por las obligaciones N° 0013-0158-00-9612215234, y N° 0013-0158-00-9614599296; Y Ordenar al Banco BBVA Colombia S.A., que en caso de haber iniciado algún trámite judicial, se ordene al juez de conocimiento dar por terminado inmediatamente cualquier tipo de proceso y levantar las medidas cautelares que se hayan producido con ocasión del mismo.*” No se accederá en tanto no se acreditó al interior del proceso procesos ejecutivo alguno por parte de las demandadas en contra de los demandantes con ocasión a las obligaciones suscritas por la fallecida Aura Hoyos Lemus.

Como agencias en derecho se reconoce en favor de la parte demandante y a cargo de los demandados la suma de tres (3) SMLMV en atención a lo pregonado en el Acuerdo PSAA16-10554 del 5-Agosto-2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

Por lo expuesto el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Montería, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: Revocar la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Montería en sentencia fechada 18-septiembre-2023, por las razones expuestas en la parte motiva de este fallo.

SEGUNDO: En su lugar, **declarar** NO PROBADAS las excepciones de mérito propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., denominadas 1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES POR RETICENCIA O INEXACTITUD, SU DESARROLLO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL; 2. INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) Y LA BUENA FE A CARGO DE MI REPRESENTADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., 3. 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 SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES; y AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

TERCERO: Declarar que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., está obligada a afectar las pólizas de seguro deudores pólizas N° 02-227-0000016573, y N° 02-215-0000502603 en beneficio de AECSA SAS – cesionaria de BANCO BBVA COLOMBIA S.A.- en razón al fallecimiento de la señora Aura Hoyos Lemus, donde no operó el fenómeno de la reticencia.

CUARTO: CONDÉNESE a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A NIT 800.226.098-4, a pagar a la beneficiaria AECSA SAS (Cesionaria de BANCO BBVA COLOMBIA) dentro de los cinco días siguientes a la ejecutoria de esta providencia el importe de la deuda de los créditos identificados como obligación N° 0013-0158-00-9612215234 y N° 0013-0158-00-9614599296.

QUINTO. Negar las demás pretensiones de la demanda.

SEXTO: Condénese en costas a las demandadas BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y AECSA SAS. Como agencias en derecho reconózcase en favor de la parte demandante y a cargo de los demandados la suma de tres (3) SMLMV en atención a lo pregonado en el Acuerdo PSAA16-

10554 del 5-Agosto-2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura. Líquidense en la oportunidad pertinente por el aquo.

SEPTIMO: Ordenar la devolución del expediente al juzgado de origen, dejando las constancias correspondientes.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

CARLOS ARTURO RUIZ SAEZ

EL JUEZ

Firmado Por:

Carlos Arturo Ruiz Saez

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 004 Oral

Monteria - Cordoba

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: **4115d5e782baad039f2c8dc55c072a4e9efd9eadcd06c9116e48bfee645df587**

Documento generado en 31/01/2024 03:16:24 PM

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