REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PUBLICO
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

Valledupar, 28 de noviembre de 2023

Referencia: Proceso Verbal de Responsabilidad Civil
Radicado: 20001 40 03 001 2019 00011 01
Demandante: YELIS LENGUA VANEGAS
Demandado: BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Decisión: *Confirma Sentencia*

SENTENCIA

El despacho decide la apelación formulada por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., contra la sentencia proferida el 9 de septiembre de 2020 por el Juzgado Primero Civil Municipal de Valledupar.

I. ANTECEDENTES

1. YELIS LENGUA VANEGAS formuló demanda verbal de responsabilidad civil a fin de que se declare la existencia y validez del contrato de seguro contenido en la póliza de vida grupo deudores No 0110043 otorgada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., con cobertura de incapacidad total y permanente, cuyo tomador y beneficiario es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., y en consecuencia se ordene a la aseguradora el pago por el valor del crédito 00130938289600242971, en la suma de $101'500.000., en favor del Banco BBVA y el pago a su favor de los intereses moratorios causados desde el 12 de noviembre de 2017.

2. Como sustento de lo pedido la demandante narró que el 26 de abril de 2016, el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., sucursal Valledupar, le aprobó un crédito financiero por la suma de $101'500.000, identificado con el número 00130938289600242971, amparado con la póliza de seguros grupo deudores No 0110043, expedida por la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Desempeñó el cargo de docente de aula en la Institución Educativa Alfonso Araujo Cotes de esta ciudad y durante el ejercicio de su profesión se le expidieron incapacidades temporales por diversas patologías.

Ante los padecimientos de salud, recibió órdenes para valoraciones médicas de cirugía de mano durante los años 2016 a 2017, en donde le diagnosticaron *enfermedad de dupuytren incipiente*; en otorrinolaringología se le emitieron recomendaciones tendientes a evitar el abuso de la voz con pronóstico reservado si continuaba laborando; con el estudio de fibronasolaringoscopia se le diagnosticó *laringitis por reflujo laringofaringeo y desviación septal;* el examen de audiometría arrojó como resultado el diagnostico de *hipoacusia sensorial leve a moderada bilateral* y tras un nuevo examen de fibronasolaringoscopia se le adicionaron a las anteriores patologías *sulco, nódulos y*

disfonía.

Debido a las patologías diagnosticadas fue incapacitada por más de 180 días, razón que derivó en la calificación de su pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez, la cual estuvo a cargo de la UT REGIÓN ORIENTE 5 a través del dictamen No SV 092017005 de 15 de septiembre de 2017, quien conceptuó una pérdida de capacidad laboral del 100%; por ello, una vez obtuvo el dictamen que acreditaba su condición de incapacidad total y permanentemente, el 12 de octubre de 2017 presentó reclamación formal ante la aseguradora solicitando la afectación de la póliza y el correspondiente pago de la indemnización.

La reclamación fue objetada en escrito del 18 de octubre de 2017 bajo el fundamento de la reticencia, pues se le acusó de ocultar información sobre su estado de salud relacionadas con eventos ocurridos en los años 2004, 2005, 2012 y 2016 relacionados con diagnósticos de discopatía lumbar, hipertensión arterial, accidente de tránsito del cual recibió traumas múltiples y lesión en región cervical.

La calificación de su pérdida de capacidad laboral tuvo su fundamento en los exámenes practicados en vigencia de la póliza de seguro vida grupo deudores, que no faltó a la verdad, además afirmó que en las declaraciones de asegurabilidad autorizó a la aseguradora a consultar su historial médico.

Agregó que al momento de suscribir la póliza, la entidad aseguradora otorgó el consentimiento, asumiendo el riesgo en las condiciones en que se encontraba sin que pueda llamarlo reticencia, pues no hubo una declaración espontánea porque al momento de la elaboración de la declaración de asegurabilidad la compañía conocía que las manifestaciones contenidas en ella podían, o no, ajustarse a la situación real del suscriptor quien asienta su firma sin reparar o comprender el alcance de lo que se contempla en ese documento, aunado a ello, aseguró que tampoco se le realizó algún tipo de examen médico con el fin de determinar su estado de salud para que de esa manera se dejara constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato previo a su suscripción.

3. La juez de primera instancia admitió la demanda por auto del 14 de febrero de 2019 y en la misma providencia ordenó la vinculación al proceso del BANCO BBVA COLOMBIA S.A., una vez notificadas las entidades demandadas y surtido el correspondiente traslado, estas arrimaron sus medios exceptivos bajo los siguientes argumentos.

3.1. El BANCO BBVA COLOMBIA S.A., se opuso a las pretensiones que se hagan en contra de ella, en tanto aseguró no haber incurrido en ninguna clase de incumplimiento contractual y propuso las excepciones que denomino: i) *FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA, CUMPLIMIENTO LEGAL Y CONTRACTUAL DE BBVA COLOMBIA, ii) INEXISTENCIA DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL DEL BANCO, iii) RECIBO DE PAGOS DE MANERA LEGITIMA, iv) COBRO DE LO NO DEBIDO Y v) CADUCIDAD Y/O PRESCRIPCION.*
Como fundamentos de su oposición sostuvo que la entidad financiera solo ostenta la

calidad de tomador y beneficiario del seguro de vida grupo deudores, por lo que no se le puede acusar de ninguna clase de responsabilidad pues la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., es una persona jurídica diferente e independiente de la entidad bancaria y su actuación en este asunto solo se limitó a desembolsar el crédito No 00130938289600242971 por valor de $101'500.000., el 20 de enero de 2016.

Esgrimió haber cumplido con las obligaciones a su cargo dentro del contrato de mutuo celebrado con la demandante y los pagos que se han recibido son legítimos e indicó que la obligación se encuentra vigente pues no ha sido cubierta en su totalidad ni por el deudor ni por la aseguradora y a la fecha en que dio contestación la suma de capital ascendía a $96.536.940.

3.2. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se opuso al éxito de las pretensiones, tras la nulidad relativa que vicia el contrato de seguros recogido en la póliza de seguro de vida grupo No 0110043. Propuso en su defensa las excepciones denominadas: i) *NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA, ii) INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE REALIZAR INSPECCIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MÉDICOS) A CARGO DE SU REPRESENTADA BBVA SEGURO DE VIDA COLOMBIA S.A., iii) FALTA DE LEGITIMACIÓN POR ACTIVA PARA SOLICITAR QUE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. CANCELE A LA DEMANDANTE EL VALOR ASEGURADO CON CARGO A LAS OBLIGACIONES CREDITICIAS, iv) INDEBIDA ACREDITACIÓN DEL SINIESTRO, v) INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE RECONOCER INTERESES MORATORIOS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE SOLICITADA CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, vi) CUALQUIER OTRA EXCEPCIÓN QUE RESULTE PROBADA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO EN VIRTUD DE LA LEY CONFORME AL ARTICULO 282 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.*

Señaló que la negativa al amparo reclamado surge tras revisar la historia clínica del demandante en la que se encontraron antecedentes médicos de discopatía lumbar L1-S1 en fecha de 9 de agosto de 2005, 15 de noviembre de 2012 y 24 de febrero de 2016; hipertensión arterial con diagnostico desde el 2003; un accidente de tránsito donde recibió múltiples traumas con lesión en región cervical ocurrido en diciembre de 2004, por lo que concluyeron que el actor tenía conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 26 de abril de 2016 que se encontraba inmersa en la solicitud/certificado individual de seguro de vida grupo deudores, en la que se formularon preguntas específicas sobre el estado de salud y omitió informar esos antecedentes médicos que de haber sido declarados habría sido fundamental para considerar el riesgo asumido, sea absteniéndose de asegurarlo o haciéndolo en condiciones más onerosas.

Esgrimió que de acuerdo a preceptos jurisprudenciales y doctrinales resulta inadmisible imponer sobre ella la obligación de realizar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo de los posibles candidatos a ser asegurados, puesto que el contrato de seguros se rige sobre el principio de la buena fe y otorga una especial importancia al deber de información que se deben los intervinientes en el negocio contractual.

Respecto a la falta de legitimación por activa propuesta, es enfática en advertir que el factor que la determina en este tipo de negocios es la designación de beneficiario, que para el caso en concreto es únicamente el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., razón por la que es la única legitimada para reclamar el valor asegurado en la póliza para cubrir el saldo insoluto de la deuda sin que eso implique que el remanente se pague en favor del asegurado. Aunado a ello, la pretensión de intereses moratorios no resulta procedente en estos casos toda vez que la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, esto es, el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha del siniestro y en el evento de mora se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.

Al margen de los argumentos expuestos, aseguró que en el contrato de seguros se definieron las condiciones para acceder al amparo de incapacidad total y permanente, el cual encuentra sustento en las definiciones establecidas para el régimen de seguridad social generalmente aplicables que se encuentran incluidas en el Manual Único de Calificación de Invalidez establecido en el Decreto 1507 de 2014, por eso, en este caso no aplican las normas especiales para efectos pensionales de trabajadores que se encuentran sometidos a regímenes especiales como los miembros del magisterio, es decir, para acreditar el siniestro de incapacidad total y permanente la calificación de la pérdida de la capacidad laboral aportada por el asegurado debe haberse efectuado con base en el manual y la normativa anotada. En este sentido, el dictamen elaborado por la UT ORIENTE REGIÓN 5 no cumple con los requisitos establecidos en la póliza ya que fue elaborado con fundamento en la reglamentación del régimen especial del magisterio Ley 812 de 2003 y/o Decreto 1655 de 2015 y no con base en el Manual Único de Calificación de Invalidez establecido en el Decreto 1507 de 2014.

4. Agotado el trámite de instancia, en sentencia del 9 de septiembre de 2020, la juez primaria declaró no probadas las excepciones presentadas por las demandadas y declaró la responsabilidad civil contractual de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., ordenando a esta cubrir el monto insoluto del crédito adeudado por YELIS LENGUAS VANEGAS al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. en relación a la obligación No. 00130938289600242971. Negó las demás pretensiones de la demanda y condenó en costas a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

En respaldo de lo resuelto sostuvo que en el asunto de marras se reúnen los requisitos de validez y existencia del contrato de seguro, en razón a que el demandante fue calificado efectivamente por la UT REGION ORIENTE 5, el 15 de septiembre de 2017 con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 100%, y la póliza de seguros se encontraba vigente desde el 26 de abril de 2016, fecha en la que se hizo el desembolso del crédito por parte del BANCO BBVA COLOMBIA S.A., de manera que a la fecha de ocurrencia del siniestro, esto es, la determinación de la incapacidad total y permanente del actor, el contrato se encontraba vigente para todos los efectos legales y contractuales, sin que sean de recibo los argumentos exceptivos de la aseguradora, pues

si bien es cierto el demandante padecía de algunas patologías de vieja data que se encontraban en manejo médico, no es menos cierto que aquellas no le impidieron continuar con el desarrollo de sus actividades laborales.

Sostuvo que, a pesar de los diagnósticos médicos relacionados en la historia clínica, el actor continuó ejerciendo su labor como docente hasta la fecha en que le fue determinada su pérdida de capacidad laboral, hecho acaecido finalmente el 15 de septiembre de 2017. Resaltó que el diagnóstico de hipertensión fue una de las enfermedades con menor porcentaje de deficiencia asignándosele solo un 15%, por lo que dedujo que esa patología no determinó en gran medida el dictamen de pérdida de capacidad laboral del actor, como si lo fue la deficiencia global por alteraciones en la voz y el habla, calificada en un 60%. Aunado a ello, agregó, que la patología dictaminada en menor porcentaje es de las denominadas en el arte médico como progresivas, la cual es susceptible de control o manejo médico, lo que a la postre le permite a quien lo padece seguir ejerciendo su rol como trabajador.

Refirió que no se puede llegar al extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, debido a que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo y no afecta el desempeño normal de las labores cotidianas como aconteció en este asunto, actuar de esa manera implicaría que cualquier persona con ciertas dolencias no pudiera acceder al crédito, ni al amparo del mismo con una póliza de seguro que cubra la invalidez derivada de una enfermedad que ha evolucionado hasta el punto de disminuir la capacidad física y psicológica de la persona, erigiéndose esa postura en un acto discriminatorio.

En relación a la falta de exigencia de exámenes médicos alegada por la aseguradora, la juzgadora resaltó que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado, solo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora quien en el momento del acuerdo pese al control realizado es engañada al esconderle el estado de salud del deudor, conforme se acusa en este caso, sin embargo, procesalmente la demandada no acreditó que la información reseñada en el formulario hubiese sido objeto de verificación, concretamente al estado de salud del demandante y aunque posteriormente se acreditó que existían ciertos antecedentes de la enfermedad, debe tenerse en cuenta que para el reconocimiento y pago del amparo contractual contratado, lo exigido es la declaratoria de invalidez y no el inicio de la sintomatología de la patología, lo que desvirtúa la mala fe en el actuar del asegurado en este caso.

Finalmente, respecto a la excepción de *indebida acreditación del siniestro* recordó que en virtud a lo establecido en el artículo 2.4.4.3.7.1 del Decreto 1655 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación, se colige que al desempeñarse el demandante como docente adscrito a la Secretaría de Educación Municipal de Valledupar, siendo este ente el autorizado por el Fondo de Prestaciones del Magisterio para dictaminar la pérdida de capacidad laboral a sus vinculados con sujeción a lo dispuesto en el Manual de Calificación de la Capacidad Laboral, en todo caso, la aseguradora tuvo la oportunidad para alegar cualquier inconformidad contra del dictamen practicado al

demandante, pero frente al dictamen no hubo reparos, en tanto este se encuentra en firme para todos los efectos legales.

5. Una vez proferida la sentencia la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. interpuso recurso de apelación, y presentó los reparos concretos en primera y segunda instancia, cuyos argumentos se sintetizan a continuación:

Esgrimió que en la contestación a la demanda no se negó la vigencia de la póliza al momento en que el demandante fue calificado por la UT ORIENTE REGIÓN 5, por el contrario, lo señalado en las excepciones es la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia del asegurado, fundada en la historia clínica del demandante emitida por la Fundación Médico Preventiva de fecha 9 de agosto de 2005, 15 de noviembre de 2012 y 24 de febrero de 2016, en cuyo historial reposan antecedentes médicos de Discopatía lumbar, hipertensión arterial y un accidente de tránsito donde el demandante contrajo traumas múltiples con lesión en región cervical, de donde emerge que al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, el demandante conocía de sus patologías pero al resolver las preguntas específicas sobre su estado de salud omitió informar los antecedentes médicos conocidos, por lo cual se configura la nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos en la póliza.

Así las cosas, aseguró que los argumentos de la juez de primera instancia no tienen fundamento jurídico porque el contrato de seguro no es el único requisito para que el asegurado tenga derecho al reconocimiento de la indemnización, puesto que la vigencia de la póliza para la fecha de invalidez no impone automáticamente una obligación incondicional en cabeza de su representada para reconocer la indemnización solicitada, máxime cuando por disposición legal las aseguradoras pueden demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad y para este caso se encuentra acreditado que el demandante fue reticente al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, siendo aplicable la sanción establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Señaló que de acuerdo a las normas que regulan el contrato de seguro, no es relevante si el demandante pudo seguir desempeñando sus actividades laborales como docente a pesar de los diagnósticos que presentaba desde el año 2003, pues lo importante para este tipo de contratos es la reticencia al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, debido a que este tipo de contratos se fundamenta en la buena fe elevada a su máxima expresión. De tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive en los tratos preliminares.

Refirió que si el candidato a ser asegurado informa que no padece ningún antecedente médico o responde negativamente a las preguntas formuladas en el cuestionario, es claro que el asegurador fundado en el apotegma de la buena fe asuma el riesgo en la forma en que es informado por parte del asegurado, pues de no ser así se estaría acolitando que los asegurados, en todo caso, puedan brindar al asegurador

informaciones y declaraciones falsas, y que, a pesar de ello, el asegurador deba dar cobertura al riesgo, aunque el asegurado haya faltado a la verdad o haya sido reticente.

De cara a la poca incidencia que le atribuyó la juzgadora a la hipertensión arterial en el estado de invalidez determinado en el accionante, indicó que no es necesario la existencia del nexo causal entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro, pues la legislación vigente y la jurisprudencia frente a estos asuntos, ha establecido que no se requiere una relación causal o directa entre esos factores.

Tampoco comparte lo expuesto en relación a la innecesaria exigencia de una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos del asegurado, en razón a que los artículos 1058 y 1158 imponen como un deber del asegurado la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo cuya inobservancia conlleva a una sanción, para el asunto que nos ocupa, advierte que la entidad aseguradora actuó de buena fe al suscribir el contrato de seguros amparado en la póliza No 0110043 con base en la información suministrada por YELIS LENGUA VANEGAS en el certificado individual sobre su estado de salud, en donde declaró no padecer las enfermedades anotadas en el cuestionario, razón por la cual se le incluyó como asegurado. Caso contrario ocurrió con el ahora demandante, quien conociendo las patologías que se encontraba padeciendo desde el año 2003 decidió omitir tal información a la aseguradora, que de haber sido conocidas por la entidad habría sido fundamental para considerar el riesgo asumido ya sea no asumiéndolo o hacerlo en condiciones más onerosas, pero contrario a lo expuesto por la juez, ni la ley ni la jurisprudencia la han impuesto como obligación del asegurador realizar ningún tipo de inspección del riesgo o practicar exámenes médicos al candidato del seguro.

Finalmente, sostuvo que el seguro de vida grupo deudores No 00110043 tomado por el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. para ofrecer las coberturas correspondientes a sus afiliados, cuenta con el amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, el cual desde su celebración para efectos de la configuración del siniestro, se ha apoyado de las definiciones establecidas para el Régimen de Seguridad Social generalmente aplicable, incluidas en el MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ establecido en el Decreto 1507 de 2014, lo que significa que no aplican las normas especiales para efectos pensionales a favor de los trabajadores de regímenes especiales como los miembros del magisterio. Es decir, que para acreditar el siniestro la calificación de pérdida de capacidad laboral desde haberse efectuado con base en el mencionado decreto. El dictamen aportado por el demandante no cumple con la condición establecida en el anexo de incapacidad total y permanente que hace parte integral de la póliza pues ese se hizo con base en la Ley 812 de 2003 y/o Decreto 1655 de 2015 los cuales reglamenta el régimen especial del magisterio.

6. Al descorrer el traslado de la apelación, el demandante solicitó de una parte, declarar desierto el recurso de alzada en razón a su no sustentación dentro de la oportunidad procesal correspondiente. Al respecto esgrimió que el apelante durante la audiencia celebrada el 9 de septiembre de 2020, solo elevó 2 reparos contra la sentencia, no

obstante, llegada la oportunidad en esta instancia el recurrente se refirió a 7 puntos de reparos, que difieren de los argumentos expuestos durante la audiencia, de manera que el despacho debe abstenerse de la decisión en estos aspectos.

Señaló que el inciso 2 del numeral 3 de artículo 322 del Código General del Proceso brinda la opción de presentar los reparos a la sentencia en la oportunidad para recurrir dentro de la audiencia oral o dentro de los 3 días siguientes a su finalización, opciones excluyentes entre sí, por lo que la aseguradora al optar por indicar sus reparos oralmente ya no podía presentar sustentación frente a otros puntos de inconformidad.

Respecto a los reparos hecho a la sentencia por el recurrente, en resumen advirtió que el término para alegar la nulidad relativa del contrato por reticencia en este caso se encontraba prescrito al momento en que se incoó esta excepción pues la aseguradora conoció el hecho generador de la presunta rescisión del contrato por reticencia desde el 12 de octubre de 2017, fecha en la que se presentó la reclamación con todos los anexos requeridos por la aseguradora, entre ellos el dictamen de pérdida de capacidad laboral y la historia clínica, de acuerdo a ello, en virtud a la prescripción ordinaria la demanda contaba hasta el 12 de octubre de 2019 para alegarla, lo cual hizo solo hasta el 28 de noviembre de 2019 al contestar esta demanda.

I. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

1. COMPETENCIA

De conformidad con el artículo 33 numeral 1 del Código General del Proceso este despacho es competente para resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, frente a los reparos concretos formulados sin perjuicio de los asuntos que deban ser absueltas de oficio.

2. SANEAMIENTO

En este asunto se verifican todos los presupuestos sustanciales y procesales para resolver de fondo la impugnación repasada, pues a pesar de los reparos del extremo no apelante frente a la sustentación de la aseguradora demandada, una vez examinadas las diligencias de primer grado se advierte que el recurrente después de reservarse el derecho de ampliar los reparos conforme con lo dispuesto en el artículo 322 del C.G.P., expuso preliminarmente algunos reparos en esa oportunidad y con posterioridad procedió a la complementación de los mismos en los términos anunciados y a la sustentación conjunta de los reparos en esta instancia, lo que diluye las omisiones enrostradas a la formulación del recurso examinado, de modo que en ese escenario se procede al análisis que amerita la instancia.

3. PROBLEMAS JURIDICOS

De acuerdo con los reparos elevados por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., contra la sentencia de primer grado, surgen 2 problemas jurídicos a resolver en este asunto. El primero de

ellos se contrae a determinar si fue acertada la decisión primaria de desestimar la excepción de nulidad relativa propuesta contra el contrato de seguro soporte de las pretensiones bajo el fenómeno de la reticencia y en consecuencia de ello si procede revocar la sentencia impugnada. El segundo problema avizorado se centra en dilucidar si el siniestro objeto del amparo solicitado fue acreditado en debida forma como lo decidió la juez *a quo o* si conforme a los reparos del recurrente, el soporte probatorio aportado en este aspecto no se compadece con los lineamientos del MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ establecido en el Decreto 1507 de 2014.

4. REFERENTE NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL DE LA DECISIÓN

El contrato de seguros se rige por un estricto cumplimiento del principio de buena fe entre las partes, toda vez que, a partir de la declaración de voluntad emitida por el adquirente, el asegurador puede identificar los márgenes sobre los cuales se desplegarán los efectos de la póliza adquirida, y a su vez establecer la modalidad y el monto que se debe pagar.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia se configura cuando el tomador del seguro expone u omite unos hechos que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora, se habría emitido una póliza más onerosa, por ello se genera la nulidad relativa del seguro. Según esa misma norma, *"si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160."*

Por lo anterior, la declaración que rinde el tomador del seguro al momento de contratar con la entidad aseguradora debe ajustarse a los términos de la verdad y mostrar la real condición de quien la obtiene, de lo contrario esto generaría una nulidad dentro del contrato que haría inejecutable de la póliza. Sin embargo, al momento de presentarse la declaratoria de estado de riesgo por parte del interesado en la póliza, es posible que se presenten alteraciones en los hechos y circunstancias expuestas que pueden dar lugar a un desequilibrio contractual. En este sentido, se ha logrado identificar dos escenarios en los que puede ocurrir esta anomalía, precisados en las figuras de reticencia y preexistencia.

La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC 5327 de 2018 en cuanto a la reticencia pretendida, al interpretar los alcances del artículo 1058 del Código de Comercio, explicó: *«(…) la reticencia o inexactitud en que incurra el tomador del seguro acerca del estado del riesgo genera nulidad relativa del contrato, siempre que los datos omitidos o imprecisos sean relevantes para la calificación del estado del riesgo.*

«Esa inadvertencia, para afectar la validez de la convención, debe ser trascendente, toda vez que, si la declaración incompleta se concentra en aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia se puede derivar en el sentido sancionatorio mencionado, todo lo cual se funda en la lealtad y buena fe que sustenta los actos de este linaje. «De ese modo, son relevantes, al decir de la norma en cita, las inexactitudes y reticencias cuando «conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (…)», vale decir, la relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo tiene qué ver directamente con datos esenciales para la cabal expresión de la voluntad».

En sentencia reciente la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC 3791-2021 del 1° de septiembre del 2021, consideró que, *sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, tiene dicho, gira la «potestad (…) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él». (…) La uberrimae bonafidei, por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados, al «mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas». (…)*

En la misma sentencia la Corte respecto a la reticencia o inexactitudes, reitera que *«no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (…). De ahí que, en 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» La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado. El problema surge cuando las reticencias o inexactitudes aún persisten. De un lado, por no haber sido conocidas real o presuntamente por la compañía aseguradora. Y de otro, cuando el empresario del riesgo no ha saneado los vicios sobrevivientes expresa o tácitamente. En estas hipótesis, las faltas susceptibles de dar al traste con el contrato de seguro también deben ser excepcionales. Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son «relevantes». Para la jurisprudencia constitucional, «siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo».*

De acuerdo a la tesis planteada por esa Corporación debe el juez en cada caso específico indagar y validar desde la óptica del contrato de seguros, cuales acontecimientos facticos

pudiera interesar o incidir en el asentimiento del asegurador y cuales no, pues la ley no consagra una relación pormenorizada de los hechos que determinan el estado del riesgo en este tipo de contratos. Por ello, advierte que quien alega la nulidad relativa del seguro debe demostrar la reticencia o inexactitud, así como la incidencia de los vicios en el consentimiento y la manera en que el asegurador en caso de haber conocido la información ocultada, tergiversada o falsa se habría retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, tal como lo establece el artículo 1058 inciso 1 del Código de Comercio.

En estos casos surge para quien alega la nulidad relativa, sea por acción o por excepción, probar los anteriores elementos conforme a la disposición normativa establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso. Ahora, de llegarse a probar la reticencia o inexactitud, de acuerdo a la tesis del órgano de cierre, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración, pero aclara que *Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador.*

Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato». Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento." (resaltado del despacho)

5. SOLUCIÓN AL CASO

5.1 Descendiendo al caso concreto, la respuesta que se ajusta al primer problema jurídico suscitado en esta instancia, es que la decisión impugnada debe ser confirmada, pues de acuerdo a los derroteros jurisprudenciales que soportan esta providencia, la aseguradora no demostró que la declaración del estado de riesgo realizada por YELIS LENGUA VANEGAS comporte una relevancia de tal magnitud que de haberla conocido se habría abstenido de celebrar el contrato de seguros, aunado al hecho de haber asumido una actitud totalmente pasiva frente a la celebración del contrato de seguro.

En el caso examinado, se advierte pacífico entre las partes la existencia del contrato de Seguros de Vida Grupo No 0110043, pues el reclamo del recurrente se centra en la reticencia en la que habría incurrido el demandante al llenar el formulario de la declaración de asegurabilidad, tras encontrar antecedentes médicos de *discopatía lumbar L1-S1* desde el 9 de agosto de 2005, 15 de noviembre de 2012 y 24 de febrero de 2016; diagnóstico de *hipertensión arterial* desde el año 2003; lesión en región cervical derivada de un accidente de tránsito ocurrido en diciembre de 2004, donde recibió múltiples traumas, por lo que concluyeron que el actor tenía conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 26 de abril de

2016.

Ahora bien, una vez verificado el Dictamen SV 092017005 de 15 de septiembre de 2017, emitido por la UT REGIÓN ORIENTE 5, el despacho advierte que fueron 5 las patologías incluidas al momento de la respectiva calificación, estas fueron: disfonía, reflujo gastroesofágico, fibromatosis de la aponeurosis palmar, hipertensión, hipoacusia neurosensorial bilateral y nódulos de las cuerdas vocales, en las que se estableció como variables de la pérdida de la capacidad laboral las siguientes: i) deficiencia global por alteraciones en la voz y el habla (60%), ii) deficiencia del aparato digestivo (0%), iii) deficiencia por restricción de movimiento de las articulaciones de cada uno de los dedos menos el pulgar (3%), iv) deficiencia por hipertensión arterial (15%), deficiencia por funciones auditivas (8.43%).

Repasadas las historias clínicas que respaldan los medios exceptivos propuestos que el actor se encontraba en un tratamiento por la patología de HIPERTENSIÓN ARTERIAL[1] desde diciembre de 2003; sin embargo, en relación a las patologías de DISCOPATÍA LUMBAR y aquellas derivadas del accidente de tránsito ocurrido en el año 2004 no se arrimaron al expediente las historias clínicas que soporten estos dos últimos diagnósticos, ni los tratamientos o procedimientos causados o generados por ellos, pese a las referencias de ellas en 2 evaluaciones médico ocupacionales[2]. No obstante, el diagnóstico de hipertensión arterial padecido por el demandante desde el 2003 informa que en efecto YELIS LENGUA VANEGAS tenía preexistencias al momento de suscribir el contrato de Seguros de Vida Grupo No 0110043 con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., correspondiendo entonces a la aseguradora al alegar la nulidad por reticencia probar el elemento subjetivo que comporta tal declaración, esto es, la mala fe.

Con todo lo anterior, debe realizarse un estudio juicioso sobre el caso en particular, y determinar si el actuar del demandante produce automáticamente la nulidad relativa del contrato de seguros, pues de acuerdo al reciente sustento jurisprudencial esa declaración se encuentra condicionada a hechos o circunstancias que de haber sido conocidas por la aseguradora lo habrían retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones diferentes o más onerosas, circunstancia que debe ser probada por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. para que sea prospera su excepción.

No cabe duda de que corresponde al tomador o asegurado declarar con transparencia su verdadero estado de riesgo, pues sus declaraciones encuentran aval en el principio de buena fe y sobre ellas la aseguradora guiará su comportamiento. Pese a esto, no puede traducirse este deber a cargo del tomador o asegurado como la única a desplegar al momento de celebrar el contrato de seguros, pues la aseguradora no puede quedar como un actor pasivo de la relación frente a la declaración de aquel. Lo anterior encuentra respaldo en la Sentencia SC3791 de 2021 en donde se reiteraron los argumentos esgrimidos por esa misma Corte en Sentencia de 26 de abril de 2007 expediente 04528 y en la Sentencia de 2 de agosto de 2001 expediente 06146, en el que

[1] Archivo 001, folios 105-111 Cuaderno Primera Instancia
[2] Archivo 001, folios 102-104. Cuaderno Principal.

señaló *"(…) Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, tiene dicho, gira la «potestad (…) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él». Todo, dijo en otra ocasión, «mediante (…) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (…) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos». (…)"*

En el asunto de marras, correspondía a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. asumir una actitud diligente y proactiva, dirigida a corroborar las afirmaciones que YELIS LENGUA VANEGAS anotó en la declaración de asegurabilidad, procurando conocer o establecer el verdadero estado de riesgo del actor, teniendo en cuenta que al momento de diligenciar el formulario este contaba con 63 años de edad y su estatus era de pensionado por vejez pero activo en el ejercicio de la docencia, es decir, el tomador al momento de diligenciar los documentos a efectos de contratar el seguro ofrecido por la demandada, presentaba unas condiciones particulares que de haber sido tomadas en cuenta por la recurrente habría ejercido activamente su facultad dentro de su actividad aseguradora de auscultar en el verdadero estado de riesgo.

Cabe resaltar en este punto, lo esgrimido por la representante legal de la aseguradora durante el interrogatorio oficioso y de parte practicado por la *a quo,* quien enfatizó que, *para ese tipo de contratos, sólo se hacen exámenes médicos previos a aquellos créditos que superan el monto total de 1.750 salarios mínimos legales mensuales vigentes*[3] *y en los que la persona declara alguna patología en la declaración de asegurabilidad*[4]*.* Agregando que no resultaban necesario los exámenes en razón a su condición de pensionado por vejez pues la edad máxima de ingreso a la póliza es de 70 años y 364 días[5]. Además, al indagarle la juez de primera instancia sobre la manera en que verificaban el estado de riesgo para celebrar el contrato de seguros, afirmó que *lo hacían a través de la declaración de asegurabilidad que está instrumentada a través de un cuestionario de salud que le fue puesto de presente al demandante*[6]

Así las cosas, no son suficientes para este despacho los argumentos expuestos por la recurrente, pues pese a estar en mejor condición de indagar sobre el estado de riesgo del demandante, de contar con autorización para solicitar su historial clínico, de conocer su edad al momento de suscribir la declaración -hecho que por sí solo no determina la posibilidad de adquirir un seguro que ampare el crédito, pues se trataría de una actuación discriminatoria-, pero que de acuerdo a la misma condición biológica del cuerpo humano que tiende al deterioro progresivo, advierte a los contratantes sobre posibles patologías preexistentes o sobrevinientes que podrían servir de fundamento

---

[3] Audiencia, minuto 46:55. Cuaderno Primera Instancia
[4] Audiencia, 1:15:50. Cuaderno Primera Instancia
[5] Audiencia, 1:15:24. Cuaderno Primera Instancia.
[6] Audiencia, 1:02:50. Cuaderno Primera Instancia

para variar las condiciones del contrato, o en definitiva no celebrarlo.

En todo caso, ha advertido la Corte Suprema de Justicia en sentencias como la de 2 de agosto de 2001 dentro del expediente 06146, que *no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (…) De ahí que, en 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» (…).*

En lo que interesa al caso, correspondía a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., comprobar que la declaración inexacta y/o reticente ofrecida por YELIS LENGUA VANEGAS resultara relevante y determinante para llevarlo obligatoriamente a abstenerse de asumir el riesgo, hecho que no contó con respaldo probatorio en la presente diligencia, teniendo en cuenta la actitud pasiva de la aseguradora frente al caso particular del señor Lengua, que ya fueron expuestos en líneas precedentes.

El despacho coincide además con las reflexiones de la *a quo* alrededor de la poca incidencia de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL, en la pérdida de capacidad laboral del demandante, al punto que suprimida mentalmente esa patología de la respectiva calificación la invalidez se hubiera producido igualmente el estado de invalidez del asegurado a partir de otras patologías sin antecedentes previos a la declaración de asegurabilidad, tal como la deficiencia global por alteraciones en la voz y el habla que arrojo por sí sola el 60%, de la pérdida de capacidad laboral.

Asociado a lo anterior, la HIPERTENSIÓN ARTERIAL, tal como lo sostuvo la juez primaria es una enfermedad progresiva que se encontraba en manejo médico contralado desde el 2003 y no le suponía limitación alguna al demandante para desenvolverse en su vida cotidiana o laboral, ni se demostró por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., que de haberse consignado en la declaración de asegurabilidad la entidad se hubiera abstenido de celebrar el contrato de seguro o en su defecto hubiera aumentado el valor del mismo, pues se encontraba a cargo de la entidad aseguradora demostrarlo dentro de las oportunidades probatorias.

En suma, la sola reticencia en este caso no es causal de nulidad relativa del contrato de seguro, pues obligatoriamente debe demostrarse la consecuencia de lo ocultado u omitido por el tomador y, por otra parte, verificarse si la aseguradora contando con la facultad de indagar el estado de riesgo declarado no lo hace convalidaría el pacto contractual imposibilitando posteriormente la declaración de nulidad relativa del contrato.

2. De cara al segundo planteamiento propuesto por la recurrente, referente a la falta de acreditación del siniestro bajo los lineamientos del Decreto 1507 de 2014, el despacho advierte que tales argumentos resultan insuficientes para socavar la decisión primaria, en tanto la condición mencionada por el recurrente es ajena al clausulado que conforma las condiciones generales y particulares del contrato de Seguros de Vida Grupo No

0110043.

En efecto, una vez revisadas las condiciones del contrato de seguro, aportada como prueba por la entidad aseguradora no se advierte en su contenido la expresa condición para los tomadores y/o beneficiarios de la póliza de seguros, que la acreditación del siniestro deba sujetarse exclusivamente a los parámetros del Decreto 1507 de 2014 *Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional,* o en su defecto, que se excluía para el tomador la aplicación del régimen especial de los docentes, omisión que diluye el defecto acusado por la impugnante.

Es preciso reiterar que sobre este tópico, tanto la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia como la Corte Constitucional, han sido pacificas al recordar que en este tipo de contratos como el de seguros, al ser de adhesión, la compañía aseguradora ostenta una posición dominante y por ello sus deberes son superiores. Así las cosas, en Sentencia T 027 de 2019 la Corte Constitucional dijo *La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores. (…) El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella. (…) El segundo –consecuencia del primero- es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, estas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.*

En consecuencia, al no disponer expresamente en el clausulado del contrato, la exclusión para el tomador de la aplicación del régimen especial de los docentes deviene en la improsperidad de su reparo a la sentencia de primera instancia.

A merced de lo expuesto, el despacho confirmará en su integridad la sentencia de primera instancia.

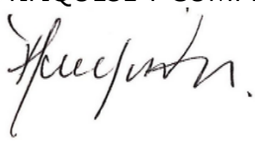
En mérito de lo expuesto, EL JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley RESUELVE:

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Valledupar proferida el 9 de septiembre de 2020, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual derivado del contrato de seguros promovido por YELIS LENGUA VANEGAS contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

SEGUNDO. Condenar en costas en esta instancia a la recurrente. Como agencias en derecho se fija la suma equivalente a 1 salario mínimo legal mensual vigente, que serán liquidadas conforme lo establece el artículo 366 del Código General del Proceso.

TERCERO. Devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE



ALVARO GONZALEZ ACONCHA
Juez