



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL**

**SENTENCIA ANTICIPADA No.14 (primera instancia)
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**

Santiago de Cali, veintiuno (21) de abril del año dos mil veintitrés (2023)

Rad- 7600131030102022 00131-00

ASUNTO

El Juzgado en primera instancia dictará la sentencia anticipada que en derecho corresponda en el presente proceso **EJECUTIVO**.

LA DEMANDA

LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO demandó ante este Juzgado al **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**

Las pretensiones

Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694.

“1. CAPITAL: Por la suma de \$ **198’990.874.00** de las Pólizas de Seguro Vida Deudor No.021050000098842, certificado No.0013-0158-60-4018049694, y la póliza de Seguro Incendio Deudores No.01 051 0000267999, certificado No. 0013 0746-08-4000209873, solicitado en el acápite de las “Pretensiones” numeral 1, literal a, de la demanda.

2.INTERESES DE MORA liquidados a partir del **4 de mayo de 2022** liquidados a la tasa máxima legal permitida por la Superintendencia Financiera de Colombia hasta el pago total de la obligación, solicitados en el acápite de las “Pretensiones” segundo literal b, numeral 1 de la demanda.

3. COSTAS del proceso.”

Adicionalmente se ordenó el pago de las siguientes cuotas:

“Por capital la suma de \$1.351.488 m/cte., de fecha 27 de octubre de 2021.
Por capital la suma de \$1.351.245 m/cte., de fecha 27 de noviembre de 2021.

Por capital la suma de \$1.352.045 m/cte., de fecha 27 de diciembre de 2021.

Por capital la suma de \$1.352.002 m/cte., de fecha 27 de enero de 2022.

Por capital la suma de \$1.351.796 m/cte., de fecha 27 de febrero de 2022.

Por capital la suma de \$1.351.460 m/cte., de fecha 27 de marzo de 2022.

Por el valor de los intereses comerciales moratorios sobre las anteriores sumas de dinero, liquidados mes a mes a la tasa máxima legal vigente según el artículo 884 del Código de Comercio, desde el día 4 de mayo de 2022, día en que la demandada quedó constituida en mora, como lo expresa el artículo 1080 del Código de Comercio.”

Los hechos fundamento de la acción

En resumen, los fundamentos fácticos relevantes de las pretensiones son los siguientes:

- **El documento ejecutivo (póliza de seguro)**

Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694 por valor de **\$198.990.874.00.**

- **La mora en el pago**

La deudora incurrió en mora desde el día **4 de mayo de 2022.**

- **La fecha del vencimiento del título ejecutivo**

La obligación contenida en la **Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694,** se cancelaría el **4 de mayo de 2022,** fecha de exigibilidad de la obligación.

- **Saldo de la obligación**

La demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, adeuda un capital insoluto de la obligación así:

Por la **Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694**, la suma de **\$ 198.990.874.00**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, además, las cuotas del crédito pagadas al **BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A.**, la suma de **\$1.351.488** de pesos m/cte., de fecha 27 de octubre de 2021, **\$1.351.245** de pesos m/cte., de fecha 27 de noviembre de 2021, **\$1.352.045** de pesos m/cte., de fecha 27 de diciembre de 2021, **\$1.352.002** de pesos m/cte., de fecha 27 de enero de 2022, de **\$1.351.796** de pesos m/cte., de fecha 27 de febrero de 2022, la suma de **\$1.351.460** de pesos m/cte., de fecha 27 de marzo de 2022, más los intereses moratorios de cada cuota a la tasa máxima legal vigente, hasta que se efectúe el pago total de la deuda.

LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, se notificó del mandamiento de pago a través de apoderada judicial, quien dentro del término formuló excepciones de mérito o de fondo así:

"1. Inexistencia del título ejecutivo"

"2. No existe obligación legal ni contractual a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de pagar las sumas pretendidas por la parte actora, con fundamento en la póliza de seguro incendio deudores no. 01 051 0000267999".

"3. El escrito radicado el día 04 de abril del 2022 ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. por la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, no puede considerarse como una reclamación formal, en los términos del artículo 1077 del código de comercio y, por tanto, en ese momento no empezó a correr el término para que mi representada realizara pago alguno o procediera a la objeción de la misma, por lo que en ese sentido tampoco podría predicarse la existencia de un título ejecutivo complejo".

"4. No existe obligación legal ni contractual a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de pagar las sumas pretendidas por la parte actora, por cuanto que se configuró la nulidad relativa de su vinculación a la póliza de seguro de vida como consecuencia de la reticencia de la demandante".

"5. Para la configuración de la reticencia no es necesario acreditar que aseguradora practicó y/o exigió exámenes médicos en la etapa precontractual".

"6. Inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de realizar valoraciones a la historia clínica del asegurado, practicar y/o exigir exámenes médicos durante el aseguramiento para efectos de recibir la prima, para efectos de que se configure la nulidad relativa".

"7. La acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro".

"8. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la nulidad relativa del contrato de seguro".

"9. Improcedencia del cobro de intereses moratorios".

"10. En cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el máximo del valor asegurado en la póliza de seguro de vida grupo deudores no. 25745".

"11. El contrato es ley para las partes".

"12. Genérica o innominada".

ACTUACIÓN PROCESAL

A las excepciones se les dio el trámite que le corresponde acorde a lo dispuesto en el artículo 443 del CGP. La parte actora se pronunció respecto de cada una de las excepciones de mérito propuestas, oponiéndose a los argumentos expuestos.

Posteriormente y vencido el término del traslado de las excepciones, se dispuso pasar a despacho para sentencia anticipada, de conformidad con el numeral 2º del inciso 2º del artículo 278 de C.G.P.

CONSIDERACIONES

Requisitos de validez y eficacia del proceso. No existe causal de nulidad que invalide lo actuado y concurren los presupuestos procesales.

El trámite. Es el impartido al proceso Ejecutivo reglamentado por la sección segunda, título único, capítulo I del CGP.

El marco normativo

- Los artículos 167, 244, 278, 422, 443 del C.G.P.
- Los artículos 1053,1056, 1058,1077 del C. de Comercio.
- Ley 510 de 1999

Valoración de los hechos relevantes y las pruebas

Consta que en el desarrollo del contrato de leasing habitacional entre el **BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A** y la señora **LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO** se tomó la **Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694**, constituida por el **BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, siendo beneficiaria la señora **LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO**, documento que al tenor del artículo 244 del C.G.P., se presume auténtico y al no haber sido tachado de falso tiene pleno valor probatorio.

El artículo 1053 del C. de Comercio, enumera de forma taxativa los requisitos de la póliza para que preste mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos:

- 1) En los seguros dotales, una vez cumplido el respectivo plazo.
- 2) En los seguros de vida, en general, respecto de los valores de cesión o rescate, y
- 3) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, ~~según las condiciones de la correspondiente~~

póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada ~~de manera seria y fundada~~¹. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.

El artículo 1077 del C. de Comercio <carga de la prueba>. Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.

En cuanto a los requisitos aludidos, no hay duda que la **Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694**, aportado como base de recaudo ejecutivo los reúne en su totalidad.

En efecto, se evidencia con claridad, que la mencionada póliza, asimismo, expresa qué se considerará incapacidad total permanente, es decir, qué se considerará como siniestro, en los siguientes términos:

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

Como se corrobora, que la exigencia de la prueba de la incapacidad total y permanente, es la pérdida de la capacidad laboral en firme expedida por EPS,

¹ Apartes tachados derogado por el literal c) del artículo 626 de la Ley 1564 de 2012. Rige a partir del 1o. de enero de 2014. En los términos del numeral 6) del artículo 627>

ARL o la AFP, o por cualquiera de las juntas (regional o nacional) de calificación de invalidez. Por lo tanto, en este caso, se cumplió con lo primero, lo cual fue impuesto por la misma demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, pues, está acreditado que el día **20 de octubre de 2021**, es decir, dentro de la vigencia de la póliza (**27 de noviembre de 2021**), fue calificada la señora **LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO**, con una pérdida de capacidad laboral de 57.04%, de acuerdo con la certificación emitida por la entidad AFP "PROTECCIÓN", decisión que está en firme ya que ni el empleador ni la actora, ni la ARL o la EPS, discutieron el dictamen, lo cual no fue desvirtuado por la aseguradora.

Dicha documentación fue aportada junto con la reclamación el **4 de abril de 2022** y la objeción a la reclamación se dio el **17 de mayo de 2022**, y para tal fecha ya había transcurrido mas de un mes.

Por otra parte, en cuanto al deber de probar la cuantía del siniestro, en la reclamación se acredita la cuantía de la indemnización. La obligación de la aseguradora es cubrir el saldo insoluto del crédito de vivienda una vez ocurrido el siniestro, y tal saldo se acreditó a través de la certificación bancaria del monto del crédito que resta por pagar, certificación que emitió el Banco BBVA, y que fue aportada junto con la reclamación y junto con la demanda en este proceso. Documentos que al tenor del artículo 244 del C.G.P., se presumen auténticos y al no haber sido tachados de falso tienen pleno valor probatorio.

Además, conviene resaltar, que en este presente asunto estamos frente a un proceso ejecutivo mediante la cual se pretende el pago de una obligación contenida en la **Póliza de Seguro Vida Deudor**, por lo que, de conformidad con el artículo 422 del CGP, sólo *"pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante y constituyen plena contra él"*.

En el presente caso, la **Póliza de Seguro Vida Deudor** aportada, contiene los requisitos consagrados en el artículo 422 del Código General del Proceso, pues las obligaciones están determinadas, claramente detalladas, se verifica su exigibilidad en los términos que se analizó y constituye plena prueba contra la deudora **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

Expresado lo anterior, solo queda realizar el estudio de las excepciones de mérito planteadas por la parte demandada, así:

“1. Inexistencia del título ejecutivo” fundada en los siguientes hechos exceptivos:

“1. Respecto a la Póliza de Seguro Incendio Deudores No. 01 051 0000267999.

No hay ninguna acreditación en el plenario de la ocurrencia de alguno de los riesgos asegurados mediante este contrato, tampoco hay solicitud indemnizatoria, mucho menos reclamación por parte de la ejecutante requiriendo la afectación de este seguro. Por lo que de acuerdo con lo consagrado en los Art. 1053 y 1080 del C. Co. resulta palmariamente improcedente la afectación de este aseguramiento, y por consiguiente que se considere por el Despacho que la misma presta mérito ejecutivo para efectos de realizar la cancelación de lo ordenando mediante el auto de mandamiento de pago”.

...

“Bajo ese contexto, la relación sustancial que rige las obligaciones de mi mandante, necesariamente se rige por las diversas condiciones de los contratos de seguro, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador. Así las cosas, será menester traer a colación que la **Póliza de Seguro Incendio Deudores No. 01 051 0000267999**, bajo la cual equivocadamente el Despacho ordenó librar mandamiento de pago a favor de la accionante, se concertó bajo el siguiente ámbito de cobertura:

CONDICIONES GENERALES

BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARÁ LA COMPAÑÍA, INDEMNIZARÁ HASTA EL LÍMITE DEL VALOR O SUMA ASEGURADA, LOS DAÑOS MATERIALES QUE SUFRAN LOS BIENES ASEGURADOS DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y/O EN SUS CONDICIONES PARTICULARES Y/O ESPECIALES UBICADOS EN LA DIRECCIÓN O DIRECCIONES ALLÍ ESPECIFICADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE CUALQUIER CAUSA ACCIDENTAL, SÚBITA E IMPREVISTA AMPARADA POR ESTE CONTRATO DE SEGURO, QUE OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA Y EN LA CONDICIONES PREVISTAS EN ESTE CONTRATO, SALVO LOS RIESGOS Y LOS BIENES EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LAS CLÁUSULAS SEGUNDA (EXCLUSIONES GENERALES) Y TERCERA (BIENES EXCLUIDOS)

Refulge entonces que el objeto de la póliza mencionada se dirige a indemnizar los daños materiales que sufran los bienes asegurados por la Compañía, siempre y

cuando, claro está, se acredite fehacientemente la ocurrencia del evento asegurado y de la cuantía del mismo, y siempre que, además, no se configure algún presupuesto legal o convencional que exima a la Aseguradora de dicha obligación. Escenario que no ocurrió en el caso que nos convoca.

En efecto, conforme se manifestó previamente, de acuerdo con el fundamento fáctico de la demanda, la solicitud de pago formulada por la accionante se encamina a la afectación de la **Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 25745** (petición que tampoco tienen ningún sustento probatorio ni legal ni contractual conforme se explicará seguidamente) puesto que, si bien relacionó y aportó con el libelo genitor la documentación que acredita la existencia de la Póliza de Seguro Incendio Deudores No. 01 051 0000267999, también expedida por mi prohijada, las aseveraciones de la demanda llevan a la conclusión que lo pretendido por la actora es la activación del amparo de incapacidad total y permanente concertado en el contrato de seguro de vida.

Ciertamente, no reposa en el plenario, acreditación de la ocurrencia de daños materiales a bienes asegurados por mi mandante, la identificación de dichos bienes, la cuantía de los daños ni prueba de la misma, ni solicitud indemnizatoria, ni mucho menos reclamación de la accionante, requiriéndose la afectación del mencionado aseguramiento. Es decir, no existe elemento documental alguno que pruebe que existen fundamentos para que a mi prohijada se le imponga la obligación de activar alguno de los amparos contemplados en dicho contrato. Ahora, tratándose el litigio de una ejecución basada en lo previsto en los Arts. 1053 y 1080 del C. Co, era indispensable que se acompañara con la demanda, la póliza, la existencia de una reclamación formal requiriendo afectarla, y la objeción a la misma realizada de forma extemporánea por la Aseguradora, elementos documentales de los que carece esta contienda.

Por lo anterior, es apenas evidente que se equivocó el juzgador, al ordenar a mi prohijada el pago de las sumas de dinero invocadas por la parte actora con afectación de la Póliza de Seguro Incendio Deudores No. 01 051 0000267999, toda vez que, conforme se desprende del escrito genitor y de lo allegado al plenario, no existe ningún argumento o soporte fáctico, ni probatorio que lleve a la afirmación de que acaeció alguno de los eventos amparados mediante dicho seguro, que existe de cara a la misma una reclamación formal, que se objetó la misma por fuera del mes legalmente concedido, y que, consecuentemente mi mandante está en la obligación de afectar dicho contrato".

2. Respecto a la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 25745.

“La póliza de seguro de vida tampoco presta mérito ejecutivo. Lo anterior por cuanto que, el escrito presentado el día 04 de abril del 2022 por la parte demandante, a través del cual solicitó el pago de la obligación crediticia No. 00130158009621246461 asegurada y que asciende al monto de \$198,990,87, con ocasión al dictamen de pérdida de capacidad emitido el 20 de octubre del 2021, en el que se calificó a la actora con un 57.04% de pérdida de capacidad laboral, no constituye una reclamación formal, en los términos estipulados por el Art. 1077 del C. Co., ya que no estaba aparejada de los soportes requeridos para demostrar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida.

En efecto, tal como se indicó en los antecedentes fácticos del presente escrito, mediante comunicación del 21 de abril del 2022, enviada por mi representada, se solicitó a la accionante una ampliación del documento mediante el que se pretendía acreditar su incapacidad, a fin de establecer si en efecto lo consignado en la solicitud de indemnización correspondía o no a la realización de un riesgo asegurado, y si se acreditaba o no la ocurrencia y la cuantía de la pérdida:

Bogotá D.C. Jueves 21 de Abril de 2022

Señor (a)

LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO

Cordial saludo de parte de BBVA Seguros, en atención a su solicitud env pasado 04/04/2022 18:30 a través de nuestros canales de atención, nos per confirmar que su trámite se encuentra a la espera de la siguiente documentación, análisis:

Se requiere Informe Amplio y completo del dictamen de Calificación

Documentación que puede dirigirla a través de nuestro correo clientes@bbvaseguros. teniendo en cuenta que nuestra recepción máxima de adjunto por correo es de 10 MB.

En virtud de ello, conforme puede advertirse en el extracto de la solicitud del 21 de abril del 2022, se requirió por mi prohijada, ampliara la información, precisamente, con el propósito de evidenciar si efectivamente había o no acaecido el siniestro, y validar si procedía realizar un pago indemnizatorio, información que no fue proporcionada por la accionante. Por consiguiente, la solicitud presentada por la demandante mediante escrito del 04 de abril del 2022, no fue una solicitud formal en los términos previstos en el Art. 1077 del C. Co., toda vez que, se reitera, la documentación aportada no era suficiente para acreditar la ocurrencia del evento de incapacidad total y permanente.

Del documento de fecha del 21 de abril del 2022, se extrae que, lejos de lo afirmado en la demanda, la solicitud de pago de indemnización presentada por la asegurada el 04 de abril del 2022, fue cuestionada por la aseguradora quien, en cumplimiento de su deber contractual, solicitó la documentación que requería para completar la información relacionada con el presunto acaecimiento del evento asegurado cuya indemnización se perseguía, y con ello, que, la cuantía de la pérdida reportada en dicha solicitud. Al ser discutida, y existir la voluntad de mi mandante de analizar juiciosamente los presupuestos fácticos que presuntamente daban lugar al acaecimiento del evento de incapacidad total y permanente, y posterior a dicho análisis y de haber lugar a ello, cumplir con lo requerido, no tiene la virtualidad de integrar el título ejecutivo complejo necesario para adelantar la presente ejecución, y resulta incapaz de prestar mérito ejecutivo.

A lo anterior también se suma el hecho de que, además, al estudiar la solicitud presentada y con ello la historia clínica de la señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO**, se advirtió que la asegurada tenía antecedentes de cavernoma en tallo, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, **diagnosticado en el año 2015**, que no fueron informados a mi mandante de forma anterior al ingreso de la accionante a la póliza. En este orden de ideas, a la luz de lo consagrado en el Art. 1058 del C. Co., al no haberse declarado el real estado del riesgo se produjo la nulidad relativa por reticencia, y con ello, la imposibilidad de afectarse el contrato de seguro vinculado. De manera que, la solicitud indemnizatoria no se ajustaría a las condiciones propias de la cobertura de incapacidad total y permanente, y en ese sentido, no se acreditó el acaecimiento del siniestro conforme al amparo que se pidió afectar. En consecuencia, la solicitud no fue una reclamación formal.

Habida cuenta de que no se allegó la información solicitada, a pesar de ser requerida para validar la posibilidad de afectar el negocio aseguraticio, y que, por el contrario, la accionante se opuso a ello como consta en el correo remitido por aquella del 26 de abril del 2022, mi mandante emitió el oficio del 17 de mayo del 2022, objetando la solicitud indemnizatoria.

Para integrar el título ejecutivo entonces, debió haberse presentado no sólo la póliza (no cualquier póliza, la que efectivamente otorgara cobertura para el riesgo), sino también la constancia de la presentación de la reclamación formal correspondiente que acreditara que se presentaron todos los documentos necesarios para el efecto, es decir que estuviera aparejada de cada uno de los documentos indispensables, conforme a la póliza y a la Ley, para demostrar el acaecimiento del siniestro y la cuantía de la pérdida, cosa que no ocurrió en el sub lite y por lo tanto en este caso no existe un título ejecutivo complejo”.

Excepción que no tiene eco jurídico, por lo que se declararán no probados los hechos exceptivos alegados.

En efecto, el artículo 430 del CGP, establece que:

“Los requisitos formales del título ejecutivo sólo podrán discutirse mediante recurso de reposición contra el mandamiento ejecutivo. No se admitirá ninguna controversia sobre los requisitos del título que no haya sido planteada por medio de dicho recurso. En consecuencia, los defectos formales del título ejecutivo no podrán reconocerse o declararse por el juez en la sentencia o en el auto que ordene seguir adelante la ejecución, según fuere el caso”.

En este caso se evidencia y como bien señala el actor, lo alegado por la parte demandada no fue discutido a través del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que con su silencio en frente del auto que libra mandamiento de pago, avaló y aceptó su existencia y contenido.

Ahora bien, al margen de lo expuesto, si bien es cierto, como lo ha sostenido la Corte “que los jueces tienen dentro de sus deberes el “control oficioso del título ejecutivo” presentado para el recaudo”².

Sin embargo, este Despacho precisa lo siguiente:

Respecto a la Póliza de Seguro Incendio Deudores No. 01 051 0000267999

Es pertinente resaltar, sin mayores argumentos que, respecto de esta póliza, no se ejerció derecho alguno con esta demanda, por cuanto los siniestros que hacen parte de su cobertura no se están reclamando, en absoluto.

Pues, bien señala el actor que, se incluyó o se mencionó esa póliza, y se adjuntó sus soportes a la demanda, es por las necesidades hermenéuticas de los contratos, que señala el Código Civil.

Afirmando que: “En ese sentido, en efecto, es absolutamente superflua e innecesaria toda la argumentación que a este respecto adosa la demandada en esta excepción de

² Así lo ha entendido la Corte, cuando en la sentencia STC14164-2017, 11 sep., rad. 2017-00358-01, sostuvo que “sí es dable a los juzgadores bajo la égida del Código de Procedimiento Civil, y así también de acuerdo con el Código General del Proceso, volver, ex officio, sobre la revisión del “título ejecutivo” a la hora de dictar sentencia (...).

mérito, porque como se reitera, no se está intentando hacer efectiva esa póliza, a pesar que en el auto mandamiento de pago se haya hecho referencia igualmente a la póliza de Seguro Incendio Deudores No.01 051 0000267999, certificado No. 0013 0746-08-4000209873, sin que tal imprecisión, enerve el mandamiento de pago. Máxime, si se tiene en cuenta que, la misma demandada, entendió muy bien que la póliza que se está ejecutando es la del seguro de vida y no la del seguro de incendio.”

Ahora bien, respecto a la **Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694.**

Este Despacho advierte que ya dejó sentado con anterioridad que, los requisitos de la póliza para que preste mérito ejecutivo contra el asegurador, previstos en el artículo 1053 del C. de Comercio, en concordancia con el artículo 1077 ibidem, y 422 del CGP, no hay duda que la **Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694**, los reúne en su totalidad. Por ello el Despacho profirió el mandamiento de pago de fecha 14 de junio de 2022 y que fue adicionado mediante auto del 12 de julio de 2022.

De ahí, que los argumentos expuestos por la parte demandada no tienen sustento legal. Por lo que concluye el Despacho se declararán no probados los hechos exceptivos de la excepción de mérito.

“2. No existe obligación legal ni contractual a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de pagar las sumas pretendidas por la parte actora, con fundamento en la póliza de seguro incendio deudores no. 01 051 0000267999.”

Excepción que como la anterior, no tiene eco jurídico, por lo que se declararán no probados los hechos exceptivos.

Lo anterior, teniendo en cuenta que esta excepción es palabras más o menos en una repetición sobre los mismos hechos exceptivos alegados, en cuanto a señalar que:

“...no existe ninguna obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora con relación con la Póliza de Seguro Incendio Deudores No. 01 051 0000267999, puesto que en esta no se otorgó ningún amparo que cubriera el riesgo de la incapacidad total y permanente de la señora **LUISA FERNANDA**

BAHAMÓN NARANJO, evento que motiva la solicitud indemnizatoria de aquella y que conllevó a la presentación de este proceso ejecutivo”.

En ese sentido, siendo consecuente con lo ya expuesto espacio atrás por el Despacho, con respecto a esta póliza, pues se reitera que esta póliza no se ejerció derecho alguno con esta demanda, por cuanto los siniestros que hacen parte de su cobertura no se están reclamando.

Advierte el Despacho que, respecto de las siguientes excepciones planteadas, se analizaran en forma conjunta teniendo en cuenta que se fundan sobre hechos exceptivos similares.

“3. El escrito radicado el día 04 de abril del 2022 ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. por la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, no puede considerarse como una reclamación formal, en los términos del artículo 1077 del código de comercio y, por tanto, en ese momento no empezó a correr el término para que mi representada realizara pago alguno o procediera a la objeción de la misma, por lo que en ese sentido tampoco podría predicarse la existencia de un título ejecutivo complejo”.

“4. No existe obligación legal ni contractual a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de pagar las sumas pretendidas por la parte actora, por cuanto que se configuró la nulidad relativa de su vinculación a la póliza de seguro de vida como consecuencia de la reticencia de la demandante”.

“5. Para la configuración de la reticencia no es necesario acreditar que aseguradora practicó y/o exigió exámenes médicos en la etapa precontractual”

“6. Inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de realizar valoraciones a la historia clínica del asegurado, practicar y/o exigir exámenes médicos durante el aseguramiento para efectos de recibir la prima, para efectos de que se configure la nulidad relativa”.

“7. La acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro”.

“8. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la nulidad relativa del contrato de seguro.”

Las hace consistir en los siguientes hechos exceptivos:

“En este punto es imprescindible reiterar que el escrito presentado el día 04 de abril del 2022 por la señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO**, a través del cual solicitó el pago de la obligación crediticia No. 00130158009621246461 asegurada y que asciende al monto de \$198,990,87, con ocasión al dictamen de pérdida de capacidad emitido el 20 de octubre del 2021, en el que se calificó a la actora con un 57.04% de pérdida de capacidad laboral, no constituye una reclamación formal, en los términos estipulados por el Art. 1077 del C. Co., ya que no estaba aparejada de los soportes requeridos para demostrar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida; y en ese orden de ideas, a partir de la presentación de dicha solicitud no podía iniciar a contabilizarse el término de un mes contemplado en los Art. 1053 y 1080 del Estatuto Mercantil

...

“De esta manera, para entender que la póliza de seguro presta mérito ejecutivo por sí sola de acuerdo con el evento previsto por el numeral tercero, es necesaria la previa presentación de la reclamación por el asegurado con los comprobantes correspondientes y a que la misma no haya sido objetada dentro del mes siguiente a la presentación de la reclamación por el asegurado o beneficiario. Por ende, la obligación del asegurador sólo se hace exigible con la expiración del plazo de un mes que legalmente se le concede para atenderla – Art. 1080 del C. Co.-, término que únicamente corre a partir del momento en que el asegurado, o el beneficiario si es el caso, satisface la carga impuesta por el Art. 1077 de la misma obra, es decir, acreditar tanto la ocurrencia del siniestro, como la cuantía de la pérdida sufrida, comprobaciones que corren por cuenta del asegurado o el beneficiario, según corresponda, para dar inicio al cómputo del término señalado, aunado a la necesaria condición de la existencia de la póliza que ampare el riesgo.

En este caso, si bien es cierto que la accionante presentó una solicitud indemnizatoria, esta no fue una reclamación formal que suficientemente permitiera a mi representada contar con los presupuestos necesarios para analizar si podía o no acceder a la indemnización pretendida. Tal como se indicó en los antecedentes fácticos del presente escrito, mediante comunicación del 21 de abril del 2022, enviada por mi representada, se solicitó a la accionante una ampliación del documento mediante el que se pretendía acreditar su incapacidad, a fin de establecer si en efecto lo consignado en la solicitud de indemnización correspondía

o no a la realización de un riesgo asegurado, y si se acreditaba o no la ocurrencia y la cuantía de la pérdida:

Bogotá D.C. Jueves 21 de Abril de 2022

Señor (a)

LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO

Cordial saludo de parte de BBVA Seguros, en atención a su solicitud env pasado 04/04/2022 18:30 a través de nuestros canales de atención, nos per confirmar que su trámite se encuentra a la espera de la siguiente documentación, análisis:

Se requiere Informe Amplio y completo del dictamen de Calificación

Documentación que puede dirigirla a través de nuestro correo clientes@bbvaseguros. teniendo en cuenta que nuestra recepción máxima de adjunto por correo es de 10 MB.

En virtud de ello, conforme puede advertirse en el extracto de la solicitud del 21 de abril del 2022, se requirió por mi prohijada, ampliara la información, precisamente, con el propósito de evidenciar si efectivamente había o no acaecido el siniestro, y validar si procedía realizar un pago indemnizatorio, información que no fue proporcionada por la accionante. Por consiguiente, la solicitud presentada por la demandante mediante escrito del 04 de abril del 2022, no fue una solicitud formal en los términos previstos en el Art. 1077 del C. Co., toda vez que, se reitera, la documentación aportada no era suficiente para acreditar la ocurrencia del evento de incapacidad total y permanente.

A lo anterior también se suma el hecho de que, además, al estudiar la solicitud presentada y con ello la historia clínica de la señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO**, se advirtió que la asegurada tenía antecedentes de cavernoma en tallo, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, **diagnosticado en el año 2015**, que no fueron informados a mi mandante de forma anterior al ingreso de la accionante a la póliza. En este orden de ideas, a la luz de lo consagrado en el Art. 1058 del C. Co., al no haberse declarado el real estado del riesgo se produjo la nulidad relativa por reticencia, y con ello, la imposibilidad de afectarse el contrato de seguro vinculado. De manera que, la solicitud indemnizatoria no se ajustaría a las condiciones propias de la cobertura

de incapacidad total y permanente, y en ese sentido, no se acreditó el acaecimiento del siniestro conforme al amparo que se pidió afectar. En consecuencia, la solicitud no fue una reclamación formal”.

Así mismo reitera que:

“Es fundamental que desde ahora se tome en consideración que la señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO** fue reticente, debido a que en el momento de solicitar sus inclusiones en la póliza de seguro de vida, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad a las inclusiones en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar las mismas, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas”.

Mas adelante señala que:

“...Para el día 04 de septiembre del 2020, fecha en la cual la señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO** solicitó su inclusión en el Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores no. 25745, se le puso de presente un cuestionario (declaración de asegurabilidad), que aquella suscribió y que con su firma hizo suyo, indicando que su estado de salud era normal y que no había padecido de enfermedades graves o relevantes. En efecto, en el cuestionario se formularon unas preguntas redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la asegurada las respondió negativamente en la totalidad de las preguntas, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

En la declaración de asegurabilidad del **04 de septiembre del 2020** la demandante manifestó que no había sufrido ningún tipo de enfermedad, y concretamente, que no había sido diagnosticada con cáncer o tumores. No obstante, pese a la claridad de tal declaración, la asegurada omitió poner en conocimiento que al menos desde el **2015** aquella tenía antecedentes de cavernoma en tallo, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, **diagnosticado en el año 2015**. Contingencias de salud que a pesar que conocía, no las manifestó.

Declaración de asegurabilidad del 04 de septiembre del 2020

Por último, en cuanto a la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena, sostiene que:

“...con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que se tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al Art. 1059 del C. Co. En otras palabras, la norma previamente señalada establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena

Dado que la señora **LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO** fue reticente debido a que en el momento de su inclusión en la póliza de seguro de vida, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la compañía Aseguradora sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad a las inclusiones en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar las mismas, o por lo menos la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas, es claro que mi prohijada tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título”.

Pues bien, en primer lugar, comienza por reiterar este despacho que el numeral tercero del artículo 1053 del C de comercio, que invoca el demandado, precisamente fue objeto de derogación para evitar que las aseguradoras exigieran en sus clausulados requisitos que no solicita el artículo 1077 del Código de Comercio, como es lo pretendido por la demandada en este caso y en ese sentido, la actora cumplidamente se apegó a la literalidad estricta del clausulado, que impone una forma de probar específica (certificación de una ARL o EPS o AFP), tal como quedó dicho espacio atrás y con ello probó el siniestro, tal y como lo exige el clausulado de la póliza.

Por lo que, considera este Despacho que, el escrito radicado el día **04 de abril del 2022** ante **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, por la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, contrario al parecer de la aseguradora, sí constituye una reclamación formal en los términos del artículo 1077 del código de comercio, toda vez que se reitera, se probó el siniestro con el dictamen de pérdida de capacidad en firme emitido el **20 de octubre del 2021**, en el que se calificó a la actora con un 57.04% de pérdida de capacidad laboral, al tenor de la cláusula 1.1. de la póliza, en la que solo se exige para efectos del seguro **“...una calificación de pérdida de capacidad laboral en firme, realizada por la**

EPS LA ARL O LA AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta regional o nacional de calificación de invalidez, siempre que la misma arroje una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%”, sin que se contemplara ningún otro requisito adicional, como el solicitado en el comunicado del **21 de abril de 2022**, aludido por la aseguradora, al punto que dicha reclamación fue objetada, atribuyendo una supuesta reticencia, así lo expreso:

De acuerdo con Historia Medida de Fundación Valle de Lili del 11 de junio 2020, hemos evidenciado que la señora Luisa Fernanda Bahamon Naranjo, contaba con antecedentes de: *diagnostico: - cavernoma en tallo dx en 2015, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo.* Estos antecedentes son hechos relevantes que no fueron declarados, por lo que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

Sin embargo, dicha objeción en modo alguno, se refiere a la supuesta inexistencia de la reclamación por no cumplirse los requisitos previstos en los términos del artículo 1077 del código de comercio, ni los clausulados de la póliza.

En segundo lugar, respecto a la supuesta inexistencia de la obligación por cuanto según aduce, se configura una nulidad por reticencia.

El artículo 1058 del C. de Comercio, el cual contempla la “**declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia**”, establece que:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador.

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.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

En el presente asunto, Observa el Despacho, que para la demandada, quien corre con la carga de avisar o informar sobre cualquier contingencia que pueda presentarse sobre el estado del riesgo inicialmente informado, es, indiscutiblemente, el tomador del seguro, la persona asegurada, o, el beneficiario, que “no existe ninguna norma jurídica que le imponga a las Compañías que, para hacer exigible el pago de la prima pactada en el contrato, deban asumir la tarea de comprobar el estado del riesgo”.

Sobre este tema de la carga probatoria cuando se alega reticencia, como es este caso, la Corte Constitucional ha señalado que la carga de la prueba en materia de preexistencias, se encuentra a cargo de la aseguradora y no del tomador de la póliza, como en efecto citan las partes en este proceso, así:

La **sentencia T-437 de 2014**, referida por la misma demandada considera la Corte, lo siguiente:

“Frente a ello, esta Corporación no puede menos que desestimar el argumento en que la aseguradora sustentó la objeción de pago, pues, por el contrario, considera que la supuesta omisión en que incurrió la asegurada no puede esgrimirse como fundamento impeditivo para hacer efectivo el pago de la póliza.

En aras de sustentar lo anterior, resulta imperioso recordar que, en aplicación, al caso de marras, **de la normativa que rige la materia y de la jurisprudencia constitucional, la carga de la prueba en materia de preexistencias, se encontraba a cargo de BBVA Seguros y no de la tomadora de la póliza, pues no es viable que la aseguradora invoque una preexistencia, si no obstante haber tenido la posibilidad para hacerlo, no solicitó exámenes médicos a (...), al momento en que se celebró el contrato.**

La obligación que recaía sobre la fallecida, relativa a declarar sinceramente, no puede considerarse per se como sinónimo de reticencia, pues **esta implica mala fe, la cual correspondía ser probada por BBVA Seguros**, toda vez que esta era la única parte del contrato que debía determinar si la preexistencia en comento le haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso.”

Ahora bien, también alega la demandada que, no es exigible a las Compañías de Seguros que, para efectos de recibir el pago de la prima, deban realizar valoraciones y/o practicar exámenes médicos a la asegurada mes a mes; esta es una exigencia que resulta a todas luces inconsecuente.

Pues bien, tal apreciación no es de recibo, primero, por cuanto, en efecto, como ciertamente lo sostiene en los descargos que hace la parte actora, no ha exigido en este proceso que “deban realizar valoraciones y/o practicar exámenes médicos a la asegurada mes a mes” y segundo, es la Corte en la misma sentencia previamente citada, que establece que la aseguradora sí tiene deberes de verificación del estado del riesgo en el seguro de vida, y al momento de alegar la nulidad del artículo 1058 del Código de Comercio, en los siguientes términos:

“Respecto de la carga de la prueba se fijó que en materia de preexistencias esta se encontraba a cargo de la aseguradora y no del tomador del seguro, además, que **no se pueden alegar preexistencias si teniendo las posibilidades para hacerlo, no se solicitaron exámenes médicos a los usuarios al momento de celebrar el contrato**, por tanto, en esos eventos, no es posible exigirles un comportamiento diferente a los asegurados”

Ahora, frente a la manifestación de la demandante en la declaración de asegurabilidad del **04 de septiembre del 2020**, referida por la parte demandada, respecto de la cual estima la demandada que, “la asegurada omitió poner en conocimiento que al menos desde el 2015 aquella tenía antecedentes de cavernoma en tallo, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, **diagnosticado en el año 2015**. Contingencias de salud que a pesar que conocía, no las manifestó”.

Sobre el particular, se establece con apoyo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional y de la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, que en forma precisa y pertinente invoca el demandante, que es un deber de la aseguradora verificar el estado del riesgo del asegurado en el seguro de vida e incapacidad al momento de tomar el seguro, por ejemplo, pedir una historia clínica reciente al momento de contratar y, además, probar la mala fe en los casos de preexistencias, y que si no lo hizo debe pagar la correspondiente indemnización que se le reclama.

Al respecto, la jurisprudencia de la Corte Constitucional en pronunciamientos de tutela³ ha dicho que:

³ Sentencia T- 316 de 2015

“4.4. En cuanto a las decisiones judiciales mencionadas, es posible llegar a un conjunto de conclusiones respecto a la figura de la reticencia y al principio de buena fe en el marco de los contratos de seguros de vida. Así pues, se tiene que: (i) **la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador**; (ii) debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales, las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, entre ellas, (iii) deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro; asimismo, (iv) han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia; **(v) las aseguradoras no pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes.**”

Además, si bien los asegurados deben informar adecuadamente su estado del riesgo, conforme lo dispuesto en el artículo 1058 del C de comercio, sin embargo, dice la Corte⁴:

“Acercas del segundo precepto, esto es, la obligación del asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, cabe destacar que conforme al principio de la buena fe y lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, éste debe manifestar “sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo”, información que constituye una obligación precontractual la cual debe proporcionarse según las instrucciones de la aseguradora quien podrá adoptar un cuestionario abierto o cerrado, que en todo caso debe ser claro y desprovisto de tecnicismos. **Al otro extremo, la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo, a través, por ejemplo, de la exigencia de exámenes médicos al asegurado que permitan determinar aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares.**”

⁴ Sentencia T-658 de 2017

En ese sentido señala la Corte en **sentencia T-222 de 2014**, citada en la **sentencia T-658 de 2017**, lo siguiente:

"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 (...). En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad. Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que "las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad" (subraya por fuera del texto). Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe. En síntesis, 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***"

Por lo demás, la Corte Suprema de Justicia⁵ deja claros los requisitos que tiene la declaratoria de nulidad relativa con sustento en el artículo 1058 del Código de Comercio, y radica en cabeza de las aseguradoras la carga de la prueba. Así:

"3.2.5. La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción.

Los artículos 177 del Código de Procedimiento Civil y 167 del Código General del Proceso, así lo establecen. Según su tenor, «incumbe a las partes probar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen». Principios que responden al aforismo «onus probandi incumbit actori; reus excipiendo fit actor».

El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada **la reticencia o inexactitud** en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba **la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad**. 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.**"

En el presente asunto, se evidencia que la señora LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO, por correo electrónico, el día **16 de junio de 2020**, es decir, de manera previa a la celebración del contrato y a la entrada en vigencia de la póliza que aquí se ejecuta⁶, en una actitud de lealtad, lo que desvirtúa la mala

⁵ Op. Cit. Sentencia de casación de primero (1º) de septiembre de dos mil veintiuno (2021). SC3791-2021.

⁶ Tal póliza inicia cobertura desde el 27 de noviembre de 2020, y actualmente se encuentran vigente

fe, le manifestó, que estaba atravesando por problemas de salud importantes, porque había estado aquejada por una incapacidad que ya tenía un tiempo relevante de estarse presentando⁷, información que resultaba a todas luces relevante para el estado del riesgo, respecto de la cual la aseguradora debió indagar.

Sin embargo, como en efecto lo manifiesta la parte actora, la aseguradora no mostró ni el más mínimo interés en averiguar de qué se trataban los quebrantos de salud que su clienta padecía y mencionó en el referido correo.

De esta manera, comparte este Despacho que ciertamente la señora LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO expuso el estado de su riesgo, a través de correo electrónico. Documento que al tenor del artículo 244 del C.G.P., se presume auténtico y al no haber sido tachado de falso tiene pleno valor probatorio.

En ese sentido, era deber del asegurador, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., verificar los datos suministrados por la señora LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO, **lo que le daba la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas.**

Finalmente, en cuanto a la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la nulidad relativa del contrato de seguro.

Excepción que no tiene asidero legal.

Lo anterior, por cuanto en el presente caso, quedó probado que no se configura la nulidad relativa del contrato de seguro base de la presente ejecución, conforme a lo expuesto anteriormente por el despacho, por lo que, en ese sentido, sin entrar a reiterar los argumentos sobre el tema de la supuesta reticencia, no hay lugar a la facultad de retener la prima a título de pena, pretendida por la demandada.

El artículo **1059 del C de Comercio**, el cual establece que:

⁷ ver. hecho 6 de la demanda y su correspondiente soporte documental

“Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

Por lo cual se concluye que no le asiste este derecho a la parte demandada, previsto en la citada disposición.

De lo expuesto, se concluye que los hechos exceptivos alegados en este grupo de excepciones no tienen asidero legal ni jurídico por lo cual se declararan no probados.

Respecto de la excepción denominada: improcedencia del cobro de intereses moratorios.

Funda esta excepción en el hecho de que:

“...no existiendo obligación objeto de la ejecución, debido especialmente a que la parte accionante nunca presentó una reclamación formal, respecto a los rubros por lo que pretende ser indemnizada, y que el escrito presentado el 04 de abril del 2022, no puede considerarse como tal, tampoco puede sostenerse que hubieran generado intereses moratorios a su favor.

Hechos exceptivos que como la anterior, se declararan no probados.

Lo anterior, en razón que la controversia alegada sobre el escrito presentado el **04 de abril del 2022** referida a la reclamación, ya quedó zanjado que la misma sí constituye una reclamación formal conforme quedó plasmado en los argumentos expuestos, sobre este tema, Por tal razón, no vienen al caso reiterar, por lo que los mismos sirven de sustento a esta excepción.

En ese sentido, probado la exigibilidad de la obligación contenida en la **Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013-0158-60-4018049694** por la suma de **\$ 198'990.874.00**, genera el cobro de intereses liquidados a partir del **4 de mayo de 2022**, liquidados a la tasa máxima legal permitida por la Superintendencia Financiera de Colombia hasta el pago total de la obligación, al igual que respecto de las cuotas adicionales, cuyos intereses en la forma como se dispuso en el mandamiento de pago, como lo expresa el artículo 1080 del Código de Comercio, cuando señala que:

“Plazo para el pago de la indemnización e intereses moratorios. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún, extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077”.

Respecto de la excepción denominada: **“en cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el máximo del valor asegurado en la póliza de seguro de vida grupo deudores no. 25745.”**

Sostiene como hechos exceptivos los siguientes:

“Esta excepción se esgrime a pesar de que no existe título ejecutivo, porque se está presentando el contrato de seguro como supuesto título ejecutivo, y lógicamente sus condiciones deben sujetar el pronunciamiento final del señor juez, en cuanto siendo ellas ley para las partes, el fallo tiene necesariamente que atenderlas.

Ciertamente las condiciones del contrato de seguro determinan el ámbito, alcance o extensión del amparo, los límites asegurados o suma asegurada, las causales de exclusión o exoneración del asegurador, el deducible o porción que de cualquier siniestro debe asumir por su cuenta el asegurado, la cláusula de garantía, etc., entonces son esas las estipulaciones que deben enmarcar el pronunciamiento. En ese sentido se propone este medio de defensa pese a que la acción ejecutiva debe fracasar, pues es parte de la expresión del derecho en defensa de la ejecutada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el Art. 1079 del C. Co., debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada”.

Excepción que al igual que las anteriores se declara no probada.

En primer lugar, es pertinente recordar que sobre la afirmación sobre la supuesta inexistencia de título ejecutivo, ya quedó definido que la **PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 25745.”**, cumple los requisitos de la póliza para que preste mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los términos del artículo 1053 del C. de Comercio y en concordancia con el artículo 422 del CGP.

En segundo lugar, la demandada no aporta ninguna prueba que demuestre cual es la suma cobrada que excede del valor asegurado previamente pactado por las partes, pues tan solo anuncia que su procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, sin que acredite la razón de su dicho.

Respecto a la carga de la prueba el artículo 167 del C.G P., establece que:

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

Consecuente con lo expuesto, es oportuno tener en cuenta que actualmente, la deuda asegurada asciende al monto de ciento noventa y ocho millones, novecientos noventa mil ochocientos setenta y cuatro pesos, moneda corriente colombiana (\$198,990,874 M/cte), y que amparo comprende la siguiente suma de dinero que consta en la certificación emitida por el mismo Banco, así:

De acuerdo a documentación aportada, la entidad BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A.

CERTIFICA:

“Que: El (la) Señor (a) LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 114.4036.210, adquirió la obligación No. 0013-0158-65-9621246461 con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 105 0000098842, certificado No. 0013- 0158-60-4018049694, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

| AMPARO | VR. ASEGURADO |
|-----------------------------------|------------------|
| Vida (muerte por cualquier causa) | \$204.705,498.71 |
| Incapacidad total y permanente | \$204.705,498.71 |

La póliza fue emitida con fecha 27/11/2020 y actualmente se encuentra vigente (Adjuntamos Clausulado).

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a el uno (01) día del mes de marzo del año dos mil veintidós (2022)

Cordialmente,

Rafael Enrique Cabrera Guzmán
Gerencia Canales y Servicios
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A”.

Posteriormente a la concreción del siniestro ocurrida el día 20 de octubre de 2021, la señora LUISA FERNANDA BAHAMON NARANJO cancela las cuotas del crédito otorgado por el Banco BBVA, cuotas que no le correspondía pagar porque la póliza debió hacerse efectiva desde esa fecha. Concretamente, los siguientes pagos:

27 de octubre de 2021 \$1.351.488; 27 de noviembre de 2021 \$1.351.245; 27 de diciembre de 2021 \$1.352.045; 27 de enero de 2022 \$1.352.002; 27 de febrero de 2022 \$1.351.796; 27 de marzo de 2022 \$1.351.460.

Cuotas respecto de las cuales se ordenó el pago conforme a las consideraciones expuestas en el auto del 12 de julio de 2022 y la parte demandada no hizo reparo alguno.

Respecto de la excepción denominada: **“el contrato es ley para las partes”**

Sostiene como hechos exceptivos que:

“En esta excepción se reitera que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencional o legal. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada.

Excepción que se declarará no probada.

En primer lugar, es de advertir, que en el presente asunto está probado el riesgo amparado en la póliza, tal como se estipuló en el contrato, pues bastaba como prueba del siniestro la certificación de una EPS, ARL o AFP y así aconteció, tal y como quedo dicho espacio atrás.

En segundo lugar, la demandada no refiere en los hechos alegados en esta excepción, con exactitud a cuáles causales de exclusión se refiere, se presentó en este contrato por parte de la asegurada, para excusar su responsabilidad en el pago del riesgo asegurado.

En ese sentido, no se evidencia por parte de la actora alguna causal de incumplimiento, por lo que se descarta cualquier inferencia relativa a afirmar, que el contrato es ley para las partes, Sin probar siquiera violación del contrato de seguro.

Respecto a la carga de la prueba, el **artículo 167** del CGP, establece que:

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

Carga que la demandada no cumplió frente a lo alegado en esta excepción.

Finalmente, frente a la excepción **genérica o innominada**”.

El Despacho considera que si bien el artículo 282 del CGP, establece que:

“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”.

En el presente asunto, no hay lugar a reconocer excepción alguna, por cuanto este Despacho no halló probados hechos que constituyen una excepción distinta a las de prescripción y compensación que deben ser alegadas por la parte demandada.

En síntesis: teniendo en cuenta que en el presente asunto se declararan no probadas las excepciones de mérito propuestas y como lo solicitado es la cancelación del saldo insoluto del capital, los intereses moratorios causados a la tasa máxima legal permitida, se ordenará seguir la ejecución tal como se dispuso en el mandamiento de pago y en el auto que adicionó el mismo, y condenará en costas a la parte demandada, de conformidad al numeral 4 del artículo 443 del CGP.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley

RESUELVE:

Primero: DECLARAR NO PROBADOS los hechos exceptivos alegados por la demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, respecto de las excepciones de mérito que denominó: **1. Inexistencia del título ejecutivo, 2. No existe obligación legal ni contractual a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de pagar las sumas pretendidas por la parte actora, con fundamento en la póliza de seguro incendio deudores no. 01 051 0000267999, 3. El escrito radicado el día 04 de abril del 2022 ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. por la señora LUISA FERNANDA BAHAMÓN NARANJO, no puede considerarse como una reclamación formal, en los términos del artículo 1077 del código de comercio y, por tanto, en ese momento no empezó a correr el término para que mi representada realizara pago alguno o procediera a la objeción de la misma, por lo que en ese sentido tampoco podría predicarse la existencia de un título ejecutivo complejo, 4. No existe obligación legal ni contractual a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., de pagar las sumas pretendidas por la parte actora, por cuanto que se configuró la nulidad relativa de su vinculación a la póliza de seguro de vida como consecuencia de la reticencia de la demandante, 5. Para la configuración de la reticencia no es necesario acreditar que aseguradora practicó y/o exigió exámenes médicos en la etapa precontractual, 6. Inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de realizar valoraciones a la historia clínica del asegurado, practicar y/o exigir exámenes médicos durante el aseguramiento para efectos de recibir la prima, para efectos de que se configure la nulidad relativa, 7. La acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro, 8. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la nulidad relativa del contrato de seguro, 9. Improcedencia del cobro de intereses moratorios, 10. En cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el máximo del valor asegurado en la póliza de seguro de vida grupo deudores no. 25745, 11. El contrato es ley para las partes y 12. Genérica o innominada, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.**

Segundo: SEGUIR adelante la ejecución en contra de la demandada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como se dispuso en el mandamiento de pago y en el auto que adicionó el mismo, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

Tercero: DECRETAR el avalúo y el posterior remate de los bienes que se encuentre secuestrados y de los bienes que posteriormente se embarguen y secuestren, para que con su producto se pague el crédito que se cobra.

Cuarto: EFECTUAR la liquidación del crédito de conformidad con el artículo 446 del C.G.P.

Quinto: CONDENAR en costas a la parte demandada. Para tal efecto, se fija el valor de **\$13.305.857** como agencias en derecho. Liquidar por la secretaría del juzgado conforme la regla dispuesta en el artículo 365 del C.G.P.

Sexto: NOTIFICAR esta sentencia por estado electrónico del juzgado.

MÓNICA MENDEZ SABOGAL

Juez Décima Civil del Circuito de Oralidad de Cali

Firmado Por:

Monica Mendez Sabogal

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 010

Cali - Valle Del Cauca

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: **3fbd593f39faf84c6d34c1c5eaffecfde3bfec21ae4dbeeb5cef775e68631c9e**

Documento generado en 21/04/2023 01:44:32 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>