

Barranquilla 19 de abril de 2024.

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR SALA CIVIL-FAMILIA DE BARRANQUILLA.

DR. JUAN CARLOS CERÓN DIAZ.

[seccfbqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:seccfbqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

[seccfbqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:seccfbqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

[ppinedas@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ppinedas@cendoj.ramajudicial.gov.co)

[scf04bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:scf04bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

[notificaciones@geraldinolegalseguros.com](mailto:notificaciones@geraldinolegalseguros.com)

[victoriaserret@hotmail.com](mailto:victoriaserret@hotmail.com)

[defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co)

[notifica.co@bbva.com](mailto:notifica.co@bbva.com)

E.

S.

D.

RADICADO: 08001315301420230009601.

ASUNTO: SUSTENTACIÓN DE RECURSO DE APELACIÓN.

DEMANDANTES: KENNY CASSIANI E IBIS CAMPO.

DEMANDADAS: BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. Y BANCO BBVA S.A.

KENNY CASSIANI CAMPO, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 1.140.875.143 de Barranquilla y titular de la Tarjeta Profesional número 309.703 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en nombre propio y en calidad de apoderado judicial de mi señora madre **IBIS CAMPO ORTEGA**, por medio del presente escrito, estando dentro del término legal, respetuosamente me permito **SUSTENTAR EL RECURSO** en contra de la sentencia proferida por su Despacho el día 14 de febrero de 2024, notificada por estado electrónico el 15 de febrero de 2024, lo anterior, con base en los argumentos que se expondrán a continuación.

#### I. SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN.

A continuación, se sustenta el recurso de apelación según cada uno de los reparos concretos que se presentaron a la decisión del Despacho:

1. Errónea interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio - El Juzgado de primera instancia no tuvo en cuenta que **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. NO PROBÓ** que la preexistencia médica supuestamente ocultada por el señor **JAVIER CASSIANI (Q.E.P.D.)** tenía la relevancia suficiente para retraerse de celebrar el contrato o estipular condiciones más onerosas.

- **Sustentación del reparo.**

El Juzgado de primera instancia desconoce que la existencia de una supuesta preexistencia no resulta suficiente para que se abra paso a la declaratoria judicial de nulidad relativa del contrato de seguro objeto de este proceso, como quiera

que, además de ello, la aseguradora demandada debía acreditar en el proceso que la información ocultada era de tal relevancia que de haberla conocido no hubiera expedido la póliza de seguro, o hubiera exigido al fallecido el cumplimiento de otras condiciones que le ofrecieran mayor garantía.

Respecto de tal omisión probatoria parecer pensar el Juez de primera instancia que la ubérrima buena fe en materia de seguros sólo es exigible al interesado en adquirirlos y no a la compañía de seguros, lo cual es impreciso, pues así como el artículo 1058 del Código de Comercio exige al interesado declarar fiel y honestamente su real estado de asegurabilidad, en el mismo sentido se le exige a la compañía de seguros, como profesional especializado y ostentador de la posición dominante en este tipo de convenios, actuar con la misma buena fe.

Por tanto, la entidad aseguradora al momento de alegar la nulidad debe demostrar la trascendencia e importancia que para la compañía representa la información supuestamente ocultada o falseada, según sea el caso; de manera que así como no escatima esfuerzos en tratar de probar la preexistencia del fallecido, la labor probatoria debía ser igualmente productiva y efectiva en lo que respecta a revelar la importancia y trascendencia que para esa empresa tenía la información supuestamente ocultada para efectos de decidir si expedía o no la póliza contratada, o si la expedía previo el lleno de otras condiciones o requisitos que, en términos de equilibrio contractual, garantizara la conmutatividad del contrato, sin embargo, frente a tal aspecto encontramos una completa orfandad probatoria que no advirtió el Juez de primera instancia.

Al interior del proceso **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** no probó adelantar gestión alguna que lograra demostrar cómo la reticencia incidió en la emisión de su consentimiento, de hecho, el representante legal de esta entidad indicó en su interrogatorio de parte que la entidad no realizó exámenes médicos o alguna otra diligencia encaminada a tales fines.

La errónea interpretación del Despacho radica en cuestionar únicamente la ausencia de buena fe en la ejecución del contrato del señor **JAVIER CASSIANI (Q.E.P.D.)**, y, por el contrario, no decir nada, guardar silencio y no evaluar la ausencia de buena fe a cargo de la entidad aseguradora, quien en cumplimiento de lo prescrito en el artículo 1058 del Código de Comercio debió “adelantar labores de verificación, de investigación, de diligencia, de "pesquisa" como se ha exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio”<sup>1</sup>.

Ahora bien, la misma sentencia SC3791-2021 del 1 de septiembre de 2021<sup>2</sup> señala que de nada sirve afirmar y demostrar la supuesta insinceridad del tomador o asegurado si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta

---

1 Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

2 Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro.

Debido a la ausencia probatoria que evidencie la forma en la que el supuesto ocultamiento de la preexistencia afecta el consentimiento de la entidad aseguradora, debemos deducir que la misma resulta ser intrascendente para la entidad aseguradora, al menos mientras no se demuestre su incidencia. Así las cosas, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que la supuesta preexistencia es nimia o insignificante; y en ese orden de ideas, la excepción planteada por **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.** no estaba llamada a prosperar dada la ausencia probatoria de este hecho.

2. Desconocimiento del precedente de la Corte Suprema de Justicia por parte del Juzgado de primera instancia al inaplicar la doctrina probable (artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe en materia de seguro ya que el Juzgado de primera instancia ignoró que **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. NO PROBÓ** al interior del proceso haber realizado la verificación o investigación del estado de salud del fallecido para retraerse o no de celebrar el contrato o estipular condiciones más onerosas.

- **Sustentación del reparo.**

En términos generales, los contratos de seguros tienen por objeto la protección de intereses particulares contra pérdidas provenientes de imprevistos, **todo bajo el principio de buena fe recíproca entre aseguradora y tomador.**

Sobre este punto, con base en lo prescrito en el artículo 871 del Código de Comercio, existe una característica esencial del contrato de seguro, como todo contrato de naturaleza mercantil, la cual es la buena fe recíproca como eje central de su ejecución.

En cumplimiento del principio de la buena fe recíproca, y, debido a que las aseguradoras ostentan una posición dominante y definen las condiciones del contrato de seguro a través de cláusulas de adhesión, tienen deberes mayores.

Así las cosas, en los seguros de vida de grupo deudores, se ha obligado a las aseguradoras a tener un papel proactivo dado su carácter de profesionales, de tal manera que les corresponde, según la Corte Suprema de Justicia:

*“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”<sup>3</sup>.*

---

3 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528.

Pero este no ha sido el único pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia quien en sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021 reconoció que la bilateralidad de la buena fe en el contrato de seguros constituye una doctrina probable en los términos descritos en los artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso. Así las cosas, sobre la buena fe de las aseguradoras la Corte Suprema prescribió en esa sentencia que:

*“Le corresponde al tomador expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, pero también al asegurador se le impone una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de “pesquisa” como ya los había exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio, sobre el entendimiento del texto en cuestión, en el antecedente de casación civil de 19 de abril de 1999, expediente 4929, en el cual la Sala preconizó que la buena fe es «un postulado de doble vía (...) que se expresa –entre otros supuestos- en una información recíproca», tesis reiterada el 2 de agosto de 2001, y reafirmada en el del 26 de abril del 2007. Estos precedentes antes citados, pero que ahora recaba la Sala, estructuran una recia doctrina probable (artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe, pero también sobre la obligación de indagación en cabeza de la aseguradora”<sup>4</sup>.*

Queda claro entonces que el precedente de la Corte Suprema de Justicia, el cual ha sido catalogado como Doctrina Probable por la propia Corte, les exige a las aseguradoras verificar e investigar las declaraciones de salud realizadas por sus clientes para retraerse o no de celebrar el contrato o estipular condiciones más onerosas en los términos prescritos por el artículo 1058 del Código de Comercio a fin de dar cumplimiento al principio de buena fe recíproca pues de lo contrario se estaría beneficiando de su propia culpa, torpeza u omisión.

Como si fuera poco, la Corte Constitucional también ha señalado que, en cumplimiento del principio de buena fe, a las aseguradoras también se les impuso algunas cargas que deben cumplir, así lo indicó la Corte Constitucional:

*“El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado)”<sup>5</sup>.*

Por último, hay que indicar que la entidad aseguradora incumplió su deber de verificar e investigar, previamente a la suscripción del contrato de seguro, la

---

4 Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

5 Corte Constitucional. Sentencia T 027 de 2019.

declaración del señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** para retraerse o no de celebrar el contrato o estipular condiciones más onerosas. Lo anterior, pese a tener la oportunidad de solicitar la revisión de sus antecedentes médicos tal cual como lo hizo después de ocurrido el siniestro; por demás, resulta ser un acto contrario a la buena fe recíproca de la entidad aseguradora haber tenido la oportunidad de solicitar autorización previa para la revisión de los antecedentes médicos del tomador y no haberlo hecho y, después, con posterioridad a la configuración del siniestro, con base en esa misma autorización, objetar el reconocimiento del seguro por una supuesta preexistencia.

No obstante la omisión de la entidad aseguradora, el Juzgado de primera instancia no declaró el incumplimiento del contrato de seguro discutido, yendo en contra del precedente jurisprudencial que constituye Doctrina Probable consistente en haber interpretado el artículo 1058 del Código de Comercio en el sentido de que las aseguradoras deben cumplir el contrato bajo el principio de buena fe el cual presupone que estas entidades deban demostrar al interior de los procesos que la reticencia incidió en la emisión de su consentimiento para retraerse o no de celebrar el contrato o estipular condiciones más onerosas, lo anterior, sin duda no fue probado por **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.**

3. Desconocimiento del Juzgado de primera instancia del precedente vertical del **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA**, quien es el superior jerárquico del Despacho de primera instancia.

- **Sustentación del reparo.**

El **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA** tuvo la oportunidad de decidir en segunda instancia el proceso presentado por la señora **NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ**, contra las sociedades **BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A.** y **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.** (mismas entidades demandadas) bajo radicado 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01), por hechos idénticos a los discutidos en este proceso, es decir, la aseguradora objetó la reclamación porque la demandante había sido supuestamente reticente, sin embargo, el Tribunal señaló que, a pesar de estar probada la reticencia, la entidad aseguradora no logró probar cómo esa conducta influyó en su consentimiento para decidir no contratar o hacerlo en condiciones más onerosas o distintas.

En las consideraciones de la sentencia de segunda instancia el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA** señaló:

*“Que, para la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguros, en los términos del art. 1058 del Código de Comercio, no basta que el tomador o asegurador haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo; sino que, además, la información omitida o suministrada en forma no veraz, debe tener una importancia o trascendencia determinante en la formación del contrato, de tal manera 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”.*

Y después sentenció indicando en la misma sentencia:

*“Que, en consecuencia, la compañía de seguros que pretende la declaratoria de nulidad relativa, en términos del art. 177 del C.P.C., actual art. 164 del C.G.P., tiene la carga de demostrar la reticencia o inexactitud, la incidencia que ello tuvo en el consentimiento del asegurador, que de haber conocido la verdad de los hechos que fueron ocultados, tergiversados o falseados no hubiera contratado o lo hubiera hecho en condiciones diferentes más onerosas para el tomador o asegurado, puesto 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”.*

El Juzgado de primera instancia desconoció el precedente vertical de su superior jerárquico ya que, aunque este Despacho consideró que la entidad aseguradora había probado la reticencia, omitió pronunciarse y no dijo nada sobre el otro requisito a probar el cual es la incidencia de dicha reticencia en el consentimiento del asegurador que lo hubiera llevado a no contratar o a contratar en condiciones más onerosas.

La omisión probatoria de este último hecho no resulta ser un dato menor ya que en palabras del superior jerárquico del Juzgado *“de nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro”.*

Así las cosas, desconoció el Juzgado de primera instancia que la única reticencia que deriva en la nulidad relativa del contrato es aquella que va acompañada de la prueba al interior del proceso, por parte de la entidad aseguradora, de cómo esa conducta influye en su consentimiento, no obstante, el Juzgado de primera

instancia ignoró que dicho hecho no se probó al interior del proceso, habiendo emitido una sentencia en contra del precedente vertical originado en su superior jerárquico.

4. El Juzgado de primera instancia declaró la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia aunque no existió mala fe del señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** en la declaración de asegurabilidad la cual diligenció sin saber que iba con destino a **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** – falta de motivación de la sentencia.

- **Sustentación del reparo.**

El juzgado de primera instancia señaló expresamente en su sentencia que “a juicio del Despacho, de manera objetiva basta la sola omisión de no haber sido declarado por el asegurado su patología de diabetes mellitus al momento de la celebración del contrato de seguro para deducir la existencia de la nulidad relativa del mismo”.

No obstante lo anterior, olvida el Juzgado de primera instancia que existe una diferencia entre la declaración inexacta (preexistencia) y la reticencia (preexistencia más mala fe), y, en tal sentido, la Corte Constitucional ha indicado que la simple ausencia de declaración previa de enfermedades no genera la nulidad relativa del contrato de seguro, así se ha dicho:

*“En este orden de ideas, si el artículo 1058 del Código de Comercio obliga al asegurado a declarar “sinceramente”, es claro que la preexistencia, no siempre, será sinónimo de reticencia. En efecto, como se mencionó, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga. No simplemente un hecho previo celebración del contrato. Por su parte, la preexistencia es un hecho objetivo. Se conoce con exactitud y certeza que “antes” de la celebración del contrato ocurrió un hecho, pero de allí no se sigue que haya sido de mala fe. La preexistencia siempre será previa, la reticencia no”<sup>6</sup>.*

Así las cosas, si se detalla la sentencia del Juzgado de primera instancia esta no motiva de ninguna manera por qué la preexistencia del fallecido configura una reticencia, es decir, no existe prueba al interior del proceso que demuestre la mala fe del señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)**. Es más, la palabra mala fe solo es citada 2 veces en la sentencia, la primera, citando la excepción de una de las demandadas, y, la segunda, citando una jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, sin embargo, brilla por su ausencia alguna razón de la decisión o consideración en relación con este elemento que resulta relevante.

En adición, llama la atención como el Juzgado de primera instancia se detiene a analizar detalladamente el interrogatorio de los demandantes, sin embargo,

---

6 Corte Constitucional. Sentencia T 222 de 2014.

omitió analizar la declaración de los representantes de las entidades demandadas, quienes confesaron que el documento que reposa a folio 34 (Archivo No. 10 carpeta principal) del expediente llamado “declaración de asegurabilidad” fue diligenciado por el señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)**. en las instalaciones del **BANCO BBVA**, en presencia de funcionarios del **BANCO BBVA**, con destino al archivo del **BANCO BBVA** y sobre un documento con membrete de **BBVA SEGUROS S.A.**, todas estas personas jurídicas distintas a **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** de quien se dice fue la engañada con la declaración del señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)**.

También llama la atención que cuando se le pregunta al representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** sobre esta anomalía este responde que el **BANCO BBVA S.A.** realiza esta gestión en cumplimiento de un “convenio” que tiene con la entidad que representa, reconociendo así que ninguno de sus funcionarios se encontraba presente para explicar al cliente el contenido del documento al momento de ser suscrito, ni para explicarle que el mismo iba con destino a **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** aunque lo estuviese firmado en las instalaciones, en presencia de funcionarios del **BANCO BBVA** y con logo de **BBVA SEGUROS S.A.**

Del mismo modo, al interior del proceso nunca se probó la existencia del supuesto “convenio” suscrito entre **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** y el **BANCO BBVA S.A.** por lo que demostrado quedó que el documento que reposa a folio 34 (Archivo No. 10 carpeta principal) del expediente fue suscrito y entregado por el señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)**. con destino a una entidad distinta al **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** por lo que el fallecido nunca realizó una declaratoria de asegurabilidad a **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** siendo imposible entonces que haya negado patología alguna a esta entidad, y, por tanto, no configurándose ni preexistencia ni reticencia.

5. El Juzgado no valoró que luego del fallecimiento del señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** sus bienes, derechos y obligaciones no le pertenecen al haberse configurado el fin de su existencia (Artículo 90 del Código Civil), por tanto, cualquier obligación solo puede ser cobrada previo un juicio de sucesión y respetando la prelación de créditos - **BANCO BBVA S.A.** debe devolver los saldos de la cuenta de ahorros número 0013\*\*\*\*\*5270 del señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** y los intereses causados a la tasa máxima legal permitida por la Superintendencia Financiera hasta su pago final.

- **Sustentación del reparo.**

El juzgado declaró que por parte del **BANCO BBVA S.A.** no se configuró incumplimiento contractual alguno, sin embargo, lo cierto es que la entidad bancaria y el Despacho de prima instancia desconocieron principios básicos del derecho de personas y de sucesiones.

El artículo 90 del Código Civil prescribe que la existencia legal de toda persona principia al nacer, y, en contraste, el artículo 94 del mismo Código define que la existencia legal de la persona termina con la muerte.

Lo anterior quiere decir que el señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** dejó de existir legalmente el 3 de mayo de 2021 con su muerte, por tanto, sus bienes, derechos y obligaciones les pertenece a las personas con vocación para heredar, a tal punto que a partir del artículo 1037 del Código Civil se prescribe sustancialmente las leyes aplicables en materia de sucesiones respecto de los bienes del difunto.

Pues bien, todas estas reglas fueron inobservadas por el Juzgado de primera instancia pues, aunque no se desconoce la deuda que el señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** tenía al momento de morir con el **BANCO BBVA S.A.** lo cierto es que pese a ello la entidad bancaria tenía expresa prohibición legal de quedarse con las sumas de dinero que reposaban en la cuenta de ahorros número 0013\*\*\*\*\*5270 del fallecido, toda vez que como lo exigen las normas de orden público en materia de sucesión, una vez se da el fallecimiento de la persona los bienes del difunto corresponden a la masa hereditaria. Además, los dineros depositados pertenecen a los depositantes y no a las entidades bancarias. En resumen, bajo ninguna razón existe habilitación del banco para retener y hacer suyos estos dineros.

Así las cosas, lo que el **BANCO BBVA S.A.** debió hacer para obtener el pago de su crédito luego del fallecimiento del señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** fue iniciar el proceso de sucesión en calidad de acreedor tal cual lo permite el artículo 488 del Código General del Proceso y el artículo 1312 del Código Civil y presentar su crédito para perseguir el pago del mismo con la masa hereditaria del causante, sin embargo, haciendo caso omiso a estas disposiciones procedió a tomar de manera irregular los dineros de la cuenta de ahorros del causante, desconociendo que una vez falleció estos dineros dejaron de pertenecerle, o, en gracia de discusión ya hacía parte de su sucesión.

El procedimiento previamente descrito resulta necesario aun cuando exista, a juicio del Juzgado de primera instancia, autorización expresa e irrevocable conferida por el fallecido al **BANCO BBVA S.A.** para debitar, sin aviso previo, de las cuentas corrientes y de ahorros o de cualquier depósito que posea conjunta o separadamente el valor insoluto del pagaré y sus intereses, lo anterior, por cuanto luego del fallecimiento la existencia de legal de la persona termina, finalizando así cualquier autorización otorgada en vida en relación con sus bienes teniendo que seguirse los procedimiento en materia de sucesión para la disposición de los mismos.

La interpretación del Juzgado es a todas luces errada, pues creer que dicha autorización prevalece incluso después de la muerte de la persona sería contrariar normas de orden público en materia de sucesiones y prelación de créditos, pues a partir de esta interpretación todos los acreedores pondrían a sus deudores a suscribir autorizaciones de descuento o debido irrevocables para tomar sus dineros después de fallecidos de manera previa y sin respetar la prelación de créditos entre ellos.

Que el **BANCO BBVA S.A.** decida tomar los dineros de la cuenta de ahorros del fallecido para pagar su propia deuda también transgrede las disposiciones en relación con la prelación de los créditos de que tratan los artículos 2488 y subsiguientes del Código Civil, pues decide pagar su deuda sin contemplar la existencia de acreedores con mejor preferencia o derecho, cuestión que no debió haber sido aceptada por el Juzgado de primera instancia por ir en contra de normas de orden público.

Pero como resultaba poco probable que el Juzgado de primera instancia pudiera sostener una tesis tan contraria a las normas de sucesión y prelación de créditos, en un aparte de la sentencia el Despacho reconoce que el **BANCO BBVA S.A.** “estaba obligado a entregar a los demandantes los dineros existentes en la cuenta de ahorros del causante Javier Cassiani Pérez”, sin embargo, comete el error de absolver de esta obligación a la entidad financiera por considerar que “el señor Kenny Cassiani Campo no adelantó gestión alguna encaminada a su reembolso”.

Como quiera que la anterior afirmación demuestra poca rigurosidad en el estudio del material probatorio, a continuación, describo la gestión adelantada por los demandantes para obtener el reembolso del dinero, la cual se dio incluso antes (2 de junio de 2021) de la reclamación cuestionada por el Despacho la cual es del 17 de enero de 2023:

1. A partir del folio 260 del escrito de demanda constan la prueba documental llamada “Reclamación presentada por KENNY CASSIANI CAMPO e IBIS CAMPO ORTEGA ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA S.A. el día 2 de junio de 2021 junto a sus pruebas y su correo de envío donde se demuestra que fue radicada en los correos de notificaciones judiciales de las entidades”, donde se puede evidenciar que la pretensión número 2.11., con destino a las entidades demandadas, es “sírvasse entregar los saldos de las cuentas o depósitos bancarios que tiene el señor JAVIER CASSIANI PÉRES (QEPD) en el BANCO BBVA COLOMBIA a KENNY CASSIANI CAMPO (hijo) e IBIS CAMPO ORTEGA (esposa) sin necesidad de juicio de sucesión en caso tal los montos no superen el valor de \$60.083.469”.

2. A folio 439 de la demanda reposa la constancia de no conciliación por **INASISTENCIA DE LAS DEMANDADAS**, escenario que también previó la gestión de los demandantes para solicitar la devolución de los dineros.

Por lo anterior, no resulta ser de recibo la tesis del Juzgado según la cual los demandantes fueron omisivos en la solicitud de reembolso de los dineros, pues como se demostró, los demandantes adelantaron las gestiones para el reembolso, otra cuestión es que la entidad financiera se negó a entregarlos. Ahora bien, la propia demanda y los escenarios de conciliación que el proceso prevé son en sí mismas gestiones para el reembolso del dinero, no se entiende entonces como la supuesta ausencia de gestión de los demandantes se constituye en un fundamento para absolver a la entidad financiera de la obligación que tiene de entregar los saldos de la cuenta bancaria.

Ahora bien, sobre los dineros disponibles en la cuenta de ahorros número 0013\*\*\*\*\*5270 del fallecido a 3 de mayo de 2021, según certificó la entidad financiera, el saldo era de \$53.519.480, no obstante, el Juzgado en la sentencia cuestiona retiros realizados en cajeros electrónicos con posterioridad al fallecimiento señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** y entrelíneas atribuye los mismos a los demandantes por su omisión de presentación de denuncia y custodia de los dineros, a tal punto que afirma en su sentencia que:

*“aun cuando la seguridad es un deber para este tipo de entidades y cuando los clientes son reconocidos como la parte débil, ello no implica per sé que las obligaciones, cargas y conductas deban predicarse solo en lo que atañe a una de ellas, máxime cuando el deber objetivo de cuidado frente a este tipo de irregularidades apunta a que de manera inmediata se contacte a la entidad y, de ser, el caso se interponga la respectiva denuncia”.*

El Juzgado nuevamente erra pues presupone que los demandantes, quienes no son parte del contrato de cuenta de ahorros o depósito financiero suscrito entre el fallecido y el banco, tienen obligaciones de cuidado y denuncia, aun cuando esto poco y nada tiene relación con la obligación de devolución a cargo de la entidad bancaria respecto de los saldos disponibles con posterioridad a los retiros.

En conclusión, el **BANCO BBVA S.A.** debe devolver los saldos de la cuenta de ahorros número 0013\*\*\*\*\*5270 del señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** y los intereses causados a la tasa máxima legal permitida por la Superintendencia Financiera hasta su pago final.

6. Con la sentencia el Juzgado de primera instancia justifica y propicia un enriquecimiento sin causa por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** y **BANCO BBVA S.A.** – las entidades demandadas están obligadas a devolver

las primas de seguro cobradas ante la declaración de reticencia (reparo subsidiario).

- **Sustentación del reparo.**

A pesar del inconformismo que nos asiste como demandantes con la sentencia de primera instancia, de manera subsidiaria, presentamos el presente reparo ya que, aunque el Juzgado declara la nulidad relativa del contrato, nuevamente olvida las consecuencias jurídicas que esto trae para **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** y **BANCO BBVA S.A.** afectando únicamente a la parte demandante y desconociendo que la relación jurídica discutida en el presente caso es bilateral y conmutatividad.

Al respecto, si el Juzgado de primera instancia pretendía declarar la nulidad relativa del contrato, con base en el artículo 1741 del Código Civil también debió ordenar a **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** y al **BANCO BBVA S.A.** la devolución de las primas de seguro que le fueron descontadas en vida e incluso después de la muerte al señor **JAVIER CASSIANI PÉREZ (Q.E.P.D.)** de su cuenta de ahorros. Sin embargo, brilló por su ausencia cualquier valoración a este respecto propiciando así un enriquecimiento sin causa a favor de las demandadas quienes se encuentran en el mejor de los escenarios ya que no reconocen la cobertura de la póliza pese a que no demostraron como la reticencia tuvo la relevancia suficiente para retraerse de celebrar el contrato o estipular condiciones más onerosas, y, además, se quedan con los dineros de la cuenta de ahorros del fallecido, cobrando una prima de seguro por un contrato que fue rescindido por la declaratoria de nulidad relativa.

Nuevamente llama la atención la valoración probatoria del Juzgado de primera instancia, pues en su sentencia hace alusión a los extractos bancarios que reposan del folio 20 al 39 del Archivo No. 08, carpeta principal, sin embargo, su estudio únicamente se centra en confirmar que con posterioridad al siniestro se realizaron múltiples retiros en cajeros electrónicos, desconociendo y pasando por alto que en esos mismos extractos se avizoran descuentos por parte de la entidad financiera por concepto de la prima del contrato de seguro que declaró nulo relativamente con su sentencia.

En conclusión, si el Juzgado declaró la nulidad relativa del contrato este por principio sufrió el fenómeno jurídico de la rescisión, luego entonces las demandadas deben restituir los dineros cobrados a título de prima de seguro.

7. El Juzgado de primera instancia no aplicó a las demandadas las sanciones procesales (indicio grave en contra de las excepciones) y económicas (multa de 2 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes) prescritas en el artículo 59 de la Ley 2220 de 2022.

- **Sustentación del reparo.**

A folio 439 del escrito de demanda reposa la constancia de no consolidación por inasistencia injustificada de las demandadas, razón por la cual el Juzgado de primera instancia estaba obligado a pronunciarse sobre las pretensiones 2.13 y 2.14 de la demanda, no obstante, hizo caso omiso de ellas.

Al respecto, dada la inasistencia, el Juzgado debió al menos valorar y estudiar el indicio grave en contra de las excepciones de la demandada, pues así se solicitó en la demanda, sin contar que era su deber interponer la multa descrita en el artículo 59 de la Ley 2220 de 2022.

#### I. PETICIONES.

Con base en los fundamentos fácticos y jurídicos expuestos y en la totalidad de material fáctico y jurídico obrante en el expediente, respetuosamente solicito al Honorable Tribunal:

1. Sírvase **REVOCAR** la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Catorce Civil del Circuito de Barranquilla al interior del presente proceso.
2. A consecuencia de lo anterior, sírvase acceder a la totalidad de las pretensiones de la demanda.

#### II. ANEXOS.

1. Sentencia del **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA** bajo radicado 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01), demandante **NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ**, demandadas **BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A.** y **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**

Con distinción y respeto,

  
**KENNY CASSIANI CAMPO**  
C.C. 1.140.875.143 de Barranquilla  
T.P. 309.703 del C.S. de la J.



**CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA DEL ATLÁNTICO  
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA  
SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA**

Magistrada Sustanciadora:

**VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ**

**Radicación: 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01)**

**Barranquilla, Junio ocho (8) del año Dos Mil Veintidós (2022)**

**Acta No. 031**

**I. ASUNTO A TRATAR. -**

Procede la Sala Séptima de Decisión Civil-Familia, del Tribunal Superior de Barranquilla, a resolver el recurso de apelación formulado por la parte demandada, contra la sentencia adiada 15 de abril de 2021, aclarada mediante proveído de fecha 22 de abril del mismo año, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla - Atlántico, dentro del Proceso DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, adelantado por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ, contra las sociedades BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.

**II. ANTECEDENTES. -**

Refiere la parte actora los hechos que se sintetizan así:

1. Que adquirió varios productos de crédito con el BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A.; y, que, para que los mismos pudieran ser aprobados y desembolsados, la entidad crediticia exigió que fueran garantizados mediante pólizas de seguro de vida de deudores, en la que el

banco acreedor debía fungir en calidad de tomador y beneficiario, las que entonces constituyó así:

- Para amparar el crédito de consumo No. **00130158619610093997** obtuvo la póliza de seguro de vida deudor No. **022190000214687**, expedida por la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**
- Para amparar el crédito de consumo No. **00130158649610359737**, obtuvo la póliza de seguro de vida deudor No. **022150000436238**, expedida por la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**
- Para amparar el crédito Hipotecario No. **00130270169600003338**, obtuvo la póliza de Seguro Hogar Individual No. **010610000179864**, expedida por la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**, y
- Para amparar el crédito de consumo No. **00130270139600015936**, obtuvo la póliza de seguro de vida deudor No. **022050001777552**, expedida por la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**

Pólizas que amparaban los riesgos de muerte, e incapacidad total y permanente de la demandante; pero, que, al momento de adquirir las pólizas, firmó y pagó las primas correspondientes, pero no diligenció los formatos de declaratoria de asegurabilidad correspondientes a cada póliza.

2. Que, al hacerse deudora de las obligaciones mencionadas, desempeñaba el cargo de docente, adscrita al Magisterio, cumpliendo con normalidad las funciones correspondientes; sin embargo, con posterioridad a ello, comenzó a sufrir afectaciones a su salud, que fueron diagnosticadas como Disfonía severa, Sulcus Vocalis, Faringitis Crónica, y síndrome depresivo, por las que fue incapacitada por tiempos prolongados y de forma consecutiva, siendo revisado su caso por la empresa promotora de salud a la que se encontraba afiliada, arrojando una calificación de pérdida de capacidad laboral

del 100% de origen laboral; situación frente a la cual solicitó a la aseguradora demandada, que se hicieran efectivas las pólizas de seguro que amparaban el riesgo materializado, no obstante, las reclamaciones fueron negadas, pues en sentir de la aseguradora, la demandante no había sido sincera al momento de diligenciar su declaración de asegurabilidad, pues su historia clínica daba cuenta de que sufría de hipertensión arterial, y, que al momento de obtener los seguros nada dijo respecto de ese padecimiento, situación que conforme al razonamiento de las demandadas configuraba nulidad relativa de los contratos de seguros por reticencia; y

3. Que, la aseguradora no le realizó ningún tipo de examen médico o verificación de salud antes de suscribir el contrato; además de que, la razón por la que están alegando reticencia por la omisión en declarar que padecía de hipertensión arterial, no guarda relación alguna con las patologías conforme a las cuales se está materializando el riesgo asegurado de incapacidad total y permanente.

Con fundamento en tales hechos, plantea las siguientes pretensiones:

1) Que se declare que el Banco demandado, en calidad de tomador y beneficiario, suscribió las pólizas de seguro que han sido referenciadas en párrafos anteriores, las cuales amparan los riesgos de muerte, incapacidad total y permanente de la hoy demandante.

2) Que, respecto de las pólizas de seguro ya señaladas, se materializó el riesgo asegurado de incapacidad total y permanente de la demandante.

3) Que la aseguradora demandada ha incumplido los contratos de seguro, al sustraerse de pagar las indemnizaciones pactadas, pese a la materialización del riesgo asegurado.

4) Que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., es civil y contractualmente responsable de los perjuicios materiales sufridos por la demandante, y en consecuencia se le condene a pagar a órdenes del Banco BBVA Colombia, los valores correspondientes a la indemnización debida, como lo es el monto adeudado en cada uno de los créditos amparados con las pólizas ya referenciadas, así como se ordene a la misma entidad la devolución de los dineros pagados por la demandante, hasta la fecha de presentación de la demanda y lo que con posterioridad a esta se pruebe haber pagado, correspondientes a las cuotas mensuales de cada uno de los créditos, junto con los intereses moratorios a que hay lugar.

Como pretensiones subsidiarias planteó:

i) Que se declare que los contratos de seguros referenciados son conexos, y requisitos indispensables de los contratos de mutuo suscritos por la demandante y el Banco BBVA Colombia.

ii) Que la demandante cumplió las obligaciones que de dichos contratos surgieron a su cargo.

iii) Que el Banco BBVA Colombia tenía la obligación de informar de manera clara y precisa a la demandante, todo lo correspondiente a las exclusiones de las pólizas de seguros que amparaban los créditos.

iv) Que se declare civil y contractualmente responsable al Banco BBVA Colombia y a la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., respecto de los perjuicios y daños padecidos por la demandante, con ocasión del no pago de los seguros de vida y el no pago de los saldos insoluto de la obligación que posee con la sociedad BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA".

### **III. ACTUACIÓN PROCESAL EN PRIMERA INSTANCIA. -**

La demanda correspondió por reparto al conocimiento del Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla, donde fue admitida a trámite y el auto correspondiente notificado a la parte demandada, que se pronunció así:

➤ El **BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A.** contestó la demanda asistido de apoderado judicial, oponiéndose a la prosperidad de la misma, por ausencia de legitimidad en causa activa de la accionante para demandar de la aseguradora el cumplimiento de los contratos de seguro de vida grupo deudores a los que se refiere en el libelo incoatorio, pues, al no tener la condición de tomadora o beneficiaria de las pólizas mencionadas, carecía de tal legitimación, que solo la ostenta el banco.

Que, de otra parte, y en torno a la negativa de la aseguradora de reconocer y pagar la indemnización pedida por la demandante por reticencia, se evidencia que los formatos de asegurabilidad firmados por la demandante son claros y expresos al indicar que deben llenarse de forma completa y sincera, y que la firma puesta en ellos avala el contenido del documento; por lo que a su parecer, no resulta aceptable decir que se han firmado las declaraciones de asegurabilidad y pretender que su contenido no sea vinculante para su signatario; y en consonancia con ello, presentó las excepciones perentorias que denominó; *“Falta de legitimación en causa por activa; Incumplimiento del demandante de la obligación de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo; y la genérica.”*

➤ La sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.** compareció a la Litis por intermedio de apoderada judicial, quien se opuso a las pretensiones principales y subsidiarias, explicando que las pólizas de seguros a que hace referencia la demanda, que respaldan los créditos de consumo

otorgados por el Banco BBVA a la demandante, son pólizas grupales de deudores, pero que en el caso de dicha señora, se encuentran viciadas de nulidad relativa por reticencia, toda vez que las solicitudes de asegurabilidad fueron suscritas por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ los días 31 de marzo de 2014, 23 de marzo de 2017, 24 de abril de 2017 y 26 de abril de 2018, respectivamente, con posterioridad a la fecha en que según la historia clínica de la demandante, elaborada en el año 2010, da cuenta que desde el último año mencionado, la actora padece de HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, y ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA MAMARIA, situación de salud que no fue informada por la demandante al diligenciar el cuestionario de la declaración de asegurabilidad, donde manifestó no padecer ninguna enfermedad, como puede verse en las pruebas documentales allegadas al proceso.

Agregó que no es la compañía de seguros la que debe verificar que el asegurado sea veraz en la información que suministra respecto de su estado de salud, pues el contrato de seguros se rige por el principio de la buena fe; y, que tampoco es necesario que exista una relación de causalidad directa ente la información de salud ocultada, y el padecimiento que genera la materialización del riesgo, pues lo que castiga la ley es el vicio en la expresión del consentimiento a la aseguradora, que genera la nulidad relativa del contrato; y con fundamento en ello, propuso las excepciones perentorias que denominó: *“Nulidad relativa del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro vida grupo deudores por reticencia o inexactitud; Inexistencia de obligación de realizar inspección del estado del riesgo (exámenes médicos) a cargo de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.; Inexistencia del requisito de nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro; Falta de legitimación por activa para solicitar que BBVA SEGUROS DE VIDA*

*COLOMBIA S.A. cancele al demandante el valor asegurado con cargo a las obligaciones; Buena fe; inexistencia de la obligación de realizar pago o devolución de dineros por cuenta de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a favor de la parte demandante por concepto del valor asegurado; 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; ausencia de los elementos constitutivos de responsabilidad civil contractual en cabeza de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.; La Genérica.”*

Surtido el traslado de las excepciones de fondo, se realizó la audiencia inicial regulada por el artículo 372 del C.G.P., el interrogatorio a las partes, y se dispuso tener como pruebas las documentales allegadas por los litigantes; posteriormente, en audiencia de instrucción se escucharon los alegatos conclusivos.

#### **IV. DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA. -**

El juez a-quo culminó la instancia con sentencia fechada 15 de abril de 2021, mediante la cual accedió a las pretensiones principales de la demanda, declarando a la aseguradora demandada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., civil y contractualmente responsable de los perjuicios materiales sufridos por la demandante, por negarse a pagar las prestaciones dinerarias correspondientes, con ocasión de haberse materializado el riesgo asegurado mediante las pólizas de seguro a que alude la demandante, condenándola en consecuencia a pagar los saldos insolutos de las obligaciones No. 00130158619610093997, 00130158649610359737, 00130270169600003338, y 00130270139600015936 de las que la demandante figura deudora y el BANCO VILBAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA

COLOMBIA S.A. en calidad de acreedor, de las cuotas causadas desde la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente otorgada a la demandante, esto es, desde el 12 de abril de 2019, hasta la fecha de presentación de la demanda, y las demás que se hubieren pagado con posterioridad a ésta, respecto de los créditos ya mencionados, y condenó en costas a ambas demandadas.

Para arribar a la anterior decisión, desestimatoria de la tesis de la nulidad relativa por reticencia defendida por el extremo pasivo, argumentó el juez a-quo, citando jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que el hecho de que una persona padezca una enfermedad preexistente, no implica per se la nulidad relativa del vínculo, pues el asegurador en su calidad de profesional del ramo, tiene la obligación de realizar las verificaciones que considere necesarias a efectos de establecer el real estado de salud del asegurado; lo que implica que sobre el profesional de los seguros pesa una carga de diligencia que le impone establecer con certeza el nivel de riesgo del solicitante del seguro, pues de no hacerlo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los efectos adversos de la indeterminación del real estado de asegurabilidad; y, que en ese sentido, en este caso la compañía aseguradora tenía la obligación de actuar de tal forma, lo que no hizo; además de que tampoco acreditó en el proceso el nexo de causalidad entre la condición médica preexistente de la demandante y el riesgo en salud que se concretó, puesto que antes de la adhesión de la accionante a las pólizas de seguros de grupo ya reseñadas, según la historia clínica ésta padecía de hipertensión arterial, pero las patologías por las que fue declarada en incapacidad permanente son las de disfonía severa, faringitis crónica y síndrome depresivo, que no guardan relación con la patología preexistente; sentencia que fue posteriormente aclarada, en el sentido de indicar que la obligada al pago de los perjuicios materiales afrontados por la demandante, es la sociedad BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.

## V. DE LA APELACIÓN Y SUS FUNDAMENTOS. -

La sentencia de primer grado fue apelada por la parte demandada, en los siguientes términos.

➤ Se duele el **Banco Bilbao Vizcaya Argentaria – BBVA Colombia**, que el juez a-quo, a pesar de encontrarse documentalmente acreditado que la demandante no declaró sinceramente el estado de salud que tenía al momento de adherirse a las pólizas de seguro grupo ya identificadas, no valorara adecuadamente tal material de convicción, que impone declarar reticente el comportamiento contractual de la demandante; y que se equivoca además, al aplicar una jurisprudencia que la Corte Suprema de Justicia emitió para resolver un caso relacionado con el contrato de medicina prepagada, que no resulta aplicable a este caso en que el fundamento de las pretensiones es un contrato de seguros: y, finalmente se queja de que a pesar de no haber resultado condenada, se le imponga la obligación de pago de las costas del proceso;

➤ La Sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**, censura la sentencia de primer grado, por considerar a) Que se sancionó la omisión de la aseguradora de verificar el estado de salud de la demandante, aun cuando no es obligación hacerlo; pero no se aplicaron a ésta los resultados adversos que la ley estipula cuando el asegurado actuando de mala fe, desatiende su obligación de informar veraz y honestamente su estado de salud en los seguros de vida, que no es otro, que declarar la nulidad relativa del contrato correspondiente; b) Que, para no declarar acreditada la excepción de inexistencia del nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, el juez a-quo se fundamentó en una sentencia de tutela de la Corte Constitucional que no

tiene efectos erga omnes, desatendiendo que la jurisprudencia y la doctrina nacional son consistentes en considerar que no se requiere tal nexo de causalidad para declarar la nulidad por reticencia, pues lo que se sanciona y es relevante, es una relación causal entre el vicio que afecta la declaración de asegurabilidad, y el consentimiento del asegurador para realizar el contrato ignorándolo, y por ende, desconociendo el verdadero estado del riesgo en los seguros de vida; c) Que no se declaró probada la excepción de buena fe de la aseguradora demandada, a pesar de que en este tipo de contratos se exige al asegurado actuar con una buena fe calificada al momento de informar su estado de salud; d) Que no se declaró probada la excepción de inexistencia de la obligación de la aseguradora de efectuar pagos o devoluciones a la demandante, sin tomar en consideración que el beneficiario de los contratos de seguros es el banco acreedor; y e) Que no se declaró probada la excepción de inexistencia de la obligación de reconocer intereses moratorios a favor de la parte demandante, cuando, siendo el beneficiario el banco acreedor, es éste quien puede demandar el pago de intereses.

## **VI. PROBLEMA JURÍDICO**

Como primera medida debe aclararse, que conforme al artículo 320 del C.G.P., está legitimado en causa para proponer el recurso vertical, la parte a quien haya sido desfavorable la providencia, y como quiera que la sentencia accedió a las pretensiones principales, que estaban dirigidas únicamente contra la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria – BBVA COLOMBIA S.A. está legitimado en causa para recurrir en apelación únicamente en lo que respecta al numeral 5º de la sentencia apelada que lo condenó en costas, de manera que en lo que a este demandado concierne, luego de resolver la apelación de la otra demandada, la Sala se ocupará solamente en determinar si procede o no condenarlo en costas.

En relación con la otra demandada Sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**, la Sala resolverá: 1) Si por la circunstancia de no haber declarado la demandante, al diligenciar los formularios de asegurabilidad, que padecía de hipertensión arterial, ello afecta de nulidad relativa los contratos de seguros grupo a los que adhirió, de los que deriva las pretensiones planteadas en este proceso; 2) En caso de que el anterior interrogante se resuelva de forma negativa, se resolverá si la aseguradora demandada debe devolver a la demandante, junto con los intereses, los dineros que ésta pagó al BANCO BBVA para honrar los créditos amparados por las aludidas pólizas de vida de seguro grupo, desde la fecha de estructuración del riesgo asegurado, hasta el monto de los saldos insolutos cubiertos por el valor asegurado.

No observándose causal de nulidad que deba declararse, procede resolver, previas las siguientes. -

#### **CONSIDERACIONES DE LA SALA. -**

##### ***a) De la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo. -***

El principio de buena fe se encuentra consagrado en el art. 83 de la Constitución Nacional, al establecer el Estatuto Superior, que “*Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten...*”; lo cual, en lo que concierne a las relaciones contractuales, se encuentra estipulado en el art. 871 del Código de Comercio, según el cual “*Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no solo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la*

*costumbre o la equidad natural*”; previsiones constitucionales y legales a las que, obviamente, no escapa el contrato de seguros.

Es así, que el art. 1058 del Código de Comercio, impone al tomador del seguro, la obligación de “...*declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo...*”, so pena de que la “...*reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro*”; disposición normativa respecto de la cual el Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio, en el acta No.73, publicada en 1983 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros “Acoldese”, Bogotá, Unión Grafica Ltda., consideró que es posible afirmar que del art. 1058 del Código de Comercio, emerge que:

a) El tomador del seguro tiene la carga precontractual de declarar sinceramente los hechos y circunstancias significativas que determinan el estado del riesgo<sup>1</sup>;

b) La declaración puede hacerse con o sin cuestionario;

c) La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida fidelidad en las respuestas o relato, total o parcialmente, en lo que debiera decirse;

d) Las inexactitudes y reticencias, por dolo o culpa del tomador, son sancionadas con la declaratoria de nulidad relativa del contrato, siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo, o sea, de aquellos que, de haber sido conocidos por el asegurador, lo habrían retraído de contratar, o, lo hubiera hecho exigiendo condiciones más onerosas para el tomador; (subrayado de la Sala)

---

<sup>1</sup> Riesgo moral o subjetivo que hace relación a cualidades personales del tomador o asegurado; y riesgo físico u objetivo que se refiere a particularidades físicas o materiales del objeto del seguro.

e) No habrá nulidad si las inexactitudes o reticencias relevantes provienen de error inculpa del tomador; caso en el cual, el asegurador solo queda obligado a pagar una parte de la prestación asegurada, directamente proporcional a lo que la tarifa o prima pactada represente en relación con la tarifa o prima correspondiente al verdadero estado del riesgo; con excepción al principio de *incontestabilidad*, que, en materia de seguros de vida consagra el art. 1160<sup>2</sup> del C. de Cio.;

f) La sanción por inexactitud o reticencia no tiene lugar, si en la etapa precontractual, el asegurador ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre las que versan los vicios de la declaración, o si, celebrado el contrato de seguros, los subsana o acepta expresa o tácitamente; y

g) No hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia, y el siniestro.

Respecto de esta última conclusión, la Corte Constitucional, en sentencia C-232 de mayo 15 de 1997, al estudiar la demanda que solicitó la declaratoria de inexequibilidad, o de constitucionalidad condicionada de la nulidad relativa del contrato de seguros, con fundamento en que las reticencias o inexactitudes en la declaración de asegurabilidad tienen que estar en relación de causalidad con el siniestro, la Corporación, luego de señalar que el art.1058 del Código de Comercio exige del tomador del seguro una buena fe calificada tanto para el asegurador como para el tomador; y centrándose en la carga precontractual que corresponde al tomador, señaló:

“...Es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué

---

<sup>2</sup> Art.1160 C. Cio “Transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304

Telefax: (5) 3855005 ext. 3028

Correo Electrónico: [scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Barranquilla – Atlántico.

el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe.

Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que, si el asegurador, como se ha visto, está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios.

Las nulidades relativas del art. 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto. En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguros, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto *ab initio*, en el momento de celebrar el contrato de seguro y no al acaecer el siniestro. La relación de causal que importa y que, para estos efectos debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador (...) Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción solo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato...” (subrayado de la Sala).

En este orden de ideas, señaló la alta Corporación, que “...el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se le puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines (...). En consecuencia, como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta

*particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe...”*

No obstante, en sentencia T-00827 de junio 1º de 2016, la Corte Constitucional se pronunció en relación con la práctica de las aseguradoras de alegar la preexistencia de enfermedades para sustraerse de la obligación de pago de la indemnización en los seguros de vida, estableciendo una serie de principios y criterios que han de tomarse en consideración, para en casos concretos determinar si la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador o asegurado, según sea el caso, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, que se pueden sintetizar así:

- a. En virtud del principio de buena fe, las aseguradoras tienen la obligación de redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones posibles;
- b. Las aseguradoras tienen la obligación de realizar exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado;
- c. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, según sea el caso, es decir, la voluntad de éstos de ocultar la existencia de una condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro;
- d. El asegurador debe acreditar que, de haber conocido la patología preexistente, no hubiera contratado, o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas para el tomador o asegurado;
- e. Si el asegurador conocía, podía conocer, o no demuestra que los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia, no podrá eximirse de la obligación del pago del seguro; y

f. La asegura no puede limitarse a alegar preexistencias, sino que debe demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y el siniestro, para sustraerse del pago de la indemnización pretendida.

Esta posición fue reiterada por la Corte Constitucional en sentencias T-027 de 2019 y T-061 de 2020 al señalar que la compañía de seguros que alegue la inexactitud o reticencia en el contrato de seguros, para liberarse del pago de la indemnización, debe acreditar 1) El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguros – enfermedades preexistentes- y aquellas que dieron lugar a la materialización del riesgo asegurado; y 2) La mala fe del tomador o asegurado al momento de celebrar el negocio jurídico asegurativo.

Sobre este mismo tema, la Corte Suprema de Justicia en sentencias de septiembre 1º de 2015<sup>3</sup>, consideró que la reticencia que da lugar a la nulidad relativa del contrato se configura por el ocultamiento de la verdad por parte del tomador o beneficiario del seguro frente a su historial, sin que resulte necesario indagar acerca de la importancia que para la aseguradora tiene el hecho ocultado, para efectos de decidir si realiza el contrato o lo hace en condiciones diferentes, puesto que ello se infiere del hecho de que las preguntas relacionadas con el mismo se encuentren insertas en el formulario propuesto; sin embargo, en sentencia SC3791 de 2021, la Sala de Casación Civil de dicha Corporación efectuó un profundo estudio de la figura jurídica de la inexactitud o reticencia en los contratos de seguro, puntualizando lo siguiente:

1. Que, la ubérrima buena fe que se exige en el contrato de seguros, va en dos vías “...por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados,

---

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de septiembre 1º de 2010. Exp. Rad. 2003-0400-01. M.P. Edgardo Villamil Portilla.

Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304

Telefax: (5) 3855005 ext. 3028

Correo Electrónico: [scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Barranquilla – Atlántico.

*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». De modo que le corresponde al tomador expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, pero también al asegurador se le impone una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de “pesquisa” como ya los había exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio, sobre el entendimiento del texto en cuestión, en el antecedente de casación civil de 19 de abril de 1999, expediente 4929, en el cual la Sala preconizó que la buena fe es «un postulado de doble vía (...) que se expresa –entre otros supuestos- en una información recíproca», tesis reiterada el 2 de agosto de 2001, y reafirmada en el del 26 de abril del 2007. Estos precedentes antes citados, pero que ahora recaba la Sala, estructuran una recia doctrina probable (artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe, pero también sobre la obligación de indagación en cabeza de la aseguradora.*

2. Que, para la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguros, en los términos del art. 1058 del Código de Comercio, no basta que el tomador o asegurador haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo; sino que, además, la información omitida o suministrada en forma no veraz, debe tener una importancia o trascendencia determinante en la formación del contrato, de tal manera 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.”<sup>4</sup>;

3. Que, “...si bien el asegurador es sujeto pasible de intensa y plausible protección de cara al fraude, a la deformación consciente de la

---

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC5327-2018 del 13 de diciembre de 2018 M.P. Dr. Luis Alonso Rico Puerta  
Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304  
Telefax: (5) 3855005 ext. 3028  
Correo Electrónico: [scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
Barranquilla – Atlántico.

*realidad, o a la mera inexactitud patrocinados por determinados e inescrupulosos candidatos a tomadores que socavan el acrisolado postulado de la buena fe, aquel no puede asumir invariable e irrestrictamente, una actitud rayana en la pasividad, más propia de espectadores que de partícipes en una relación comercial... cuando sobre él gravita... un correlativo deber de colaboración que, desde un ángulo más solidario –bien entendido- se orienta a la satisfacción del interés de su cocontratante (...); de manera que partiendo de la declaración que suministra el tomador o asegurado, “... puede y debe informarse sobre los contornos del riesgo, de manera que pueda contrastar la información recibida con la auscultada, y así evaluar el peligro de una forma mucho más acertada, que permita arribar a un acuerdo sobre bases certeras acerca de la contingencia inesperada que se quiere amparar.”<sup>5</sup>; aclarando sin embargo, que ello no implica, indefectiblemente, que la asegurador deba efectuar de manera forzosa un examen médico previo a la suscripción del seguro, pues el art. 1158 del Estatuto Mercantil prevé la posibilidad de que se prescinda de dicho examen, sin que ello implique liberación de las responsabilidades contenidas en el art. 1058 ibídem; pero en este caso, debe acreditar la mala fe del tomador o asegurado;*

4. Que, en consecuencia, la compañía de seguros que pretende la declaratoria de nulidad relativa, en términos del art. 177 del C.P.C., actual art. 164 del C.G.P., tiene la carga de demostrar la reticencia o inexactitud, la incidencia que ello tuvo en el consentimiento del asegurador, que de haber conocido la verdad de los hechos que fueron ocultados, tergiversados o falseados no hubiera contratado o lo hubiera hecho en condiciones diferentes más onerosas para el tomador o asegurado, puesto 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

---

<sup>5</sup> Ibidem

contrato»<sup>6</sup>. 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.»<sup>7</sup>.

**b) Análisis del caso concreto. -**

1. Descendiendo al análisis del recurso de apelación, encontramos que, el juez A-quo accedió a las pretensiones principales de la demanda, luego de desestimar la excepción de nulidad relativa del contrato de seguros invocada por el extremo pasivo, por considerar que la nulidad no se encuentra configurada en este caso, dado que i) La aseguradora tenía la carga de realizar exámenes médicos previos a la demandante, antes de otorgarle las pólizas de seguro referenciadas, para conocer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir los contratos respectivos, lo que no hizo (Corte Constitucional, Sentencia T-393 de 2015); y ii) La aseguradora tenía la carga de demostrar que existe nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud (condición médica no declarada) y la condición médica que fue causa del siniestro, para poder declarar la nulidad (Corte Constitucional, Sentencia T-282 de 2016), lo que tampoco hizo.

La compañía de seguros demandada cuestiona tales argumentos, argumentando que está acreditado en el plenario que para la data en que se suscribieron las diferentes pólizas de seguro a que se hace referencia en el proceso, la demandante padecía de hipertensión arterial, enfermedad a la que no hizo referencia alguna al momento de declarar su estado de riesgo, pese a que taxativamente le fue preguntado si había sufrido de dolor en el pecho,

---

<sup>6</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-222 de 2 de abril de 2014. En últimas, como allí se indicó, 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».

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona  
Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304  
Telefax: (5) 3855005 ext. 3028  
Correo Electrónico: [scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
Barranquilla – Atlántico.

tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón, a lo que siempre respondió que no, colmándose el requisito previsto por el art. 1058 del Código de Comercio para declarar la nulidad relativa del contrato; pues, de otra parte, estima que no existe obligación legal de realizar exámenes médicos previos a la expedición del seguro, pues el mismo Código de Comercio indica, que la no realización de los mismos, no exime al asegurado de los deberes que le impone el artículo 1058 de la normatividad mercantil; aunado al hecho de que la jurisprudencia ha decantado, que no es necesario que exista un nexo de causalidad entre el padecimiento ocultado y aquel que produjo la incapacidad o muerte que activa el seguro, citando al efecto la sentencia C-232 de 1997, mediante la cual se declaró la exequibilidad del artículo ya citado.

2. Para resolver el primero de los problemas jurídicos planteados por la compañía aseguradora recurrente, menester es indicar que son hechos pacíficos en este caso: **i)** La adquisición de productos de crédito amparados por pólizas de seguro de vida grupo deudores, y una póliza de hogar, **ii)** La firma de las correspondientes declaraciones de asegurabilidad por parte de la demandante, en las que se indicó no padecer de enfermedad alguna, **iii)** El diagnóstico preexistente de hipertensión arterial que había sido dado a la demandante, con anterioridad a la suscripción de las pólizas, y, **iv)** La objeción formulada por la aseguradora, frente al reclamo efectuado por la actora, bajo el argumento de reticencia; hechos estos que al estar aceptados por las partes, no merecen mayor análisis.

El meollo del asunto radica en determinar, si con las pruebas enunciadas en el párrafo anterior, resultan suficientes para declarar la nulidad relativa de los seguros pactados, como aspira la compañía de seguros demandada; a lo que el Juez de instancia respondió negativamente, pero basándose en argumentos jurídicos que esta Sala no comparte, pues de una parte aplicó jurisprudencia

constitucional emitida en acciones de tutela en donde se el análisis de fondo de esta figura jurídica; y, de otra parte, tal como expresa la aseguradora recurrente, no está prevista como una obligación para la aseguradora practicar examen médico al tomador o asegurado según sea el caso, antes de suscribir el contrato de seguros, y tampoco es necesario que exista nexo de causalidad entre la información ocultada y el padecimiento causante de la materialización del riesgo asegurado; pues tal y como antes se explicó, frente al examen médico ha concluido la jurisprudencia constitucional y la de la Corte Suprema de Justicia como órgano de cierre de la justicia ordinaria, que su realización para establecer el estado de salud del asegurado es optativa, pues el interesado en el seguro está compelido en virtud de la ley a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, por lo que no puede decirse que lo que calla el asegurado, lo asume irrestrictamente el asegurador; mientras que frente a la necesidad de coincidencia entre lo ocultado y la causa de la materialización del riesgo, han establecido ampliamente las dos corporaciones que la nulidad relativa derivada de la reticencia se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro, puesto que la relación de causalidad que se examina es la de la inexactitud de la información suministrada por el tomador o asegurado, en relación con la incidencia que ello hubiere tenido en la expresión del consentimiento de la compañía aseguradora, para otorgar el seguro o hacerlo exigiendo condiciones más onerosas o garantistas.

Ahora bien, pese al desacierto de las argumentaciones basilaes del fallo apelado, a juicio de esta Sala, la nulidad solicitada por vía de excepción por la compañía recurrente, no está llamada a prosperar, pero, por la potísima razón de no haber demostrado la aseguradora que la información ocultada por la demandante -a saber, que sufría de hipertensión arterial- tenía la connotación o

relevancia suficiente, para que, de haberla conocido antes de expedir las pólizas de seguro de marras, le hubiese motivado a no realizar dichos contratos de seguro, o en su defecto, para contratar hubiese impuesto unas condiciones más onerosas para la demandante.

Recuérdese que, los requisitos para la declaratoria de nulidad relativa del contrato de seguros por inexactitud o reticencia en la declaración del riesgo asegurado, además de requerir la prueba de haber obrado el tomador o asegurado en tal forma, se requiere que se demuestre que lo hizo de mala fe, como quiera que la buena fe se presume; y además, que si la compañía aseguradora hubiere tenido conocimiento de los hechos ocultados o falseados, no hubiere contratado, o lo hubiere hecho exigiendo unas condiciones que le fueran más favorables.

Recapitulando, encontramos entonces que, demostrada está la inexactitud de la información suministrada por la demandante, puesto que ciertamente en la declaración de asegurabilidad declaró no padecer enfermedad alguna, cuando es lo cierto que, con anterioridad a la suscripción de los contratos de seguro de la referencia, le había sido diagnosticada de padecer la patología de hipertensión arterial y trastorno mixto de ansiedad y depresión, medicada con Losartán de 50 mg., y antidepresivos, como aparece a folios 17 a 18 del ítem “12contestaciónSeguros” del expediente digital, lo que hace presumir su mala fe, pues siendo conocedora de las enfermedades que la aquejaban, y encontrándose tomando medicamentos para afrontarlas, manifestó no padecer ninguna patología, ocultando su verdadero estado de salud a la aseguradora demandada.

Sin embargo, como antes se ha analizado, tales dos supuestos fácticos no resultan suficientes para que se abra paso la declaratoria judicial de nulidad

relativa de los contratos de seguros objeto de este proceso, como quiera que, además de ello, la aseguradora demandada debía acreditar en el proceso, que la información ocultada era de tal relevancia, que de haberla conocido, no hubiera expedido las aludidas pólizas de seguro, o hubiera exigido a la demandante el cumplimiento de otras condiciones que le ofrecieran mayor garantía y por ende que fueran más onerosas para la accionante, lo que no demostró.

Respecto de tal omisión probatoria, parecer pensar la apoderada de la aseguradora recurrente, que la ubérrima buena fe en materia de seguros sólo es exigible al interesado en adquirirlos y no a la compañía de seguros, lo cual es un desacierto, pues así como se exige al interesado declarar fiel y honestamente su real estado de asegurabilidad, no bastando el simple cumplimiento de formalismos, en el mismo sentido se exige a la compañía de seguros, como profesional especializado y ostentador de la posición dominante en este tipo de convenios, actuar con la misma buena fe; lo que a no dudarlo se traduce, en que al momento de alegar la nulidad, deba demostrar, por cualquiera de los medios probatorios admisibles por nuestra legislación, la trascendencia e importancia que para la compañía representaba la información ocultada o falseada, según sea el caso; de manera que así como no escatimó esfuerzo en probar la reticencia y la mala fe de la demandante, la labor probatoria debía ser igualmente productiva en lo que respecta a revelar la importancia y trascendencia que para esa empresa tenía la información ocultada para efectos de decidir si expedía o no las pólizas contratadas, o si las expedía previo el lleno de otras condiciones o requisitos que, en términos de equilibrio contractual, garantizara la conmutatividad<sup>8</sup> del contrato; acreditando a través de alguno o algunos de los medios probatorios disponibles, que la circunstancia de padecer la demandante las patologías mencionadas,

---

<sup>8</sup> Art.1498 del Código Civil "El contrato oneroso es conmutativo, cuando cada una de las partes se obliga a dar o hacer una cosa que se mira como equivalente a lo que la otra parte debe dar o hacer a su vez..."

Dirección: Carrera 45 No. 44-12 Oficina 304

Telefax: (5) 3855005 ext. 3028

Correo Electrónico: [scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:scf08bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Barranquilla – Atlántico.

comportaba un factor decisivo para ella suscribir los contratos de seguros de marras, o, para hacerlo en otras condiciones, por ejemplo, que a otros clientes suyos, personas hipertensas o con padecimientos de ansiedad, en rangos de edad y condiciones socioeconómicas y laborales similares a las de la demandante, se había asumido un comportamiento contractual diferente, bien absteniéndose de contratar el seguro, o estableciendo una prima más alta; pero frente a tal aspecto, encontramos una completa orfandad probatoria.

Aunque la posición que de antaño defendía la Sala Civil de la Corte, daba poca importancia a este hecho, esta Sala se adhiere a los planteamientos esbozados por esa Alta Corporación en la sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021, pues de nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención. Otras, por cuanto conocidas, real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, con todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. Estas últimas, mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que son nimias o insignificantes; y en ese orden de ideas, la excepción planteada por BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. ciertamente no estaba llamada a prosperar, como dedujo finalmente el juez de primer grado, cuya decisión entonces será confirmada, pero no por los argumentos en que la fundamentó, sino por los contenidos en esta providencia.

3. Descendiendo al segundo de los problemas jurídicos planteados, tenemos que la aseguradora demandada indica no estar obligada a pagar a la demandante ninguna suma de dinero, pues el tomador y beneficiario de todas y cada una de las pólizas de seguro que dieron lugar a la presente litis es el

BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A., entidad a la que debe pagársele el importe de las pólizas hasta el monto del valor asegurado, dada su calidad de beneficiario oneroso; y, que tampoco está obligada a reconocer intereses a favor de la demandante, pues reitera que el pago debe hacerse es al BANCO BBVA, pues no le asiste a la demandante legitimación en la causa por activa en torno a estas pretensiones.

Frente a tales argumentos, debe recordarse que este es un proceso de responsabilidad civil contractual, regido por el art.1546 del Código Civil en lo que concierne a la sanción por incumplimiento contractual, según el cual, en caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, podrá el otro contratante a su arbitrio, hacer uso de la acción de cumplimiento o la de resolución contractual, en ambos casos con derecho a pretender obtener la indemnización de los perjuicios que el incumplimiento le hubiere irrogado.

En este caso la demandante optó por la acción de cumplimiento contractual, y al encontrarse demostrado que la aseguradora se sustrajo del deber convencional de pagar los saldos adeudados por la actora al BANCO BBVA desde la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente que le fue certificada; como también que la demandante pagó las cuotas o valores que debían ser cubiertos por las pólizas de seguro respecto de cada uno de los créditos adquiridos y respaldados por dichas pólizas de seguro, como fue expresamente aceptado por el BANCO BBVA al contestar la demanda, resulta evidente que la demandante, al cubrir la obligación insoluta, en la proporción que correspondía a la compañía de seguros tomando en consideración el valor asegurado, ha soportado un detrimento patrimonial denominado daño emergente, que en consecuencia debe ser reparado, y como así lo determinó la primera instancia, ello también deberá ser confirmado.

4. En relación al único de los reparos admisible en apelación, expresado por el Banco BBVA, esto es, el que versa sobre la condena en costas, debe decirse sin ambages, que, al haber sido dicha entidad bancaria absuelta de las pretensiones de la demanda, y haber prosperado éstas solo respecto de la aseguradora demandada, es claro y no requiere mayor explicación, que la condena en costas no puede cobijar al aludido banco, puesto que conforme a lo previsto en el art.365 del C.G.P., la condena en costas procede contra el litigante que haya sido vencido en el proceso, o en la decisión de alguno de los recursos ordinarios o extraordinarios, o en algún trámite o incidente consagrados en el Estatuto Procesal; de manera que se impone la modificación del numeral 5º de la parte resolutive de la sentencia apelada, a efectos de ajustar la condena en costas solo respecto de la compañía de seguros demandada y vencida en juicio.

Por lo anteriormente expuesto, la Sala Séptima de Decisión Civil-Familia, del Tribunal Superior de Barranquilla, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley. -

#### **RESUELVE:**

**1º.- CONFIRMAR** los numerales 1, 2, 3, 4, y 6 de la sentencia fechada 15 de abril de 2021, aclarada mediante proveído de fecha 22 de abril del mismo año, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla - Atlántico, dentro del Proceso DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, adelantado por la señora NAZLY ELOISA RADA JIMÉNEZ, contra las sociedades: BANCO BILVAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., pero por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído.

**2°.- MODIFICAR** el numeral 4 de la sentencia apelada, el cual quedará así: *“De conformidad a lo normado en el artículo 365 del C.G.P. condénese en costas a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. Por el Despacho de primer grado tásense las agencias en derecho, e inclúyanse en la liquidación concentrada de costas que habrá de realizar la Secretaría del juzgado de primera instancia”*

**3°.-** Condénese a la demandada, BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., al pago de las costas de la segunda instancia. Tásense las agencias en derecho de esta instancia en cuantía equivalente a dos (2) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes; e inclúyanse en la liquidación conjunta de costas.

**4°.-** Por la Secretaría de esta Sala devuélvase el expediente al juzgado de origen, para lo de su competencia.

### **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ**  
**Magistrada Sustanciadora**

**HENRY ANDREW BARSBOSA SALAMANCA**  
**Magistrado**

**YAENS LORENA CASTELLON GIRALDO**  
**Magistrada**

01

**Firmado Por:**

**Vivian Victoria Saltarin Jimenez**  
**Magistrada**  
**Sala 007 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico**

**Yaens Lorena Castellon Giraldo**  
**Magistrado**  
**Sala 005 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico**

**Henry Andrew Barbosa Salamanca**  
**Magistrado**  
**Sala Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico**

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: **e6596cbfeec05160a7f60a059155fda0c9cf8982cca6afe959725965fac3e300**

Documento generado en 08/06/2022 03:35:28 PM

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