

DAVIVIENDA S.A., con la aseguradora COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., una (s) póliza (s) de seguro de vida grupo deudores, en amparo de las obligaciones contraídas con la entidad financiera en caso de muerte, invalidez o incapacidad total y permanente de más del 50%, como amparos básicos.

Declarar contractualmente responsable a la aseguradora demandada del amparo por incapacidad total y permanente y/o invalidez de más del 50%, de las siguientes pólizas seguro de vida grupo deudores, en las que funge como asegurado el demandante y beneficiario el banco demandado:

- 1.- Certificado individual de vida protección – Renovación No.513203465202, respecto del crédito hipotecario de vivienda nueva No.05707076300108144.
- 2.- Certificado individual de vida protección – nuevo negocio No. 5132040014201, respecto del crédito No.05707076100408637.
- 3.- Certificado individual de vida No. 45155, respecto del crédito No. 5907076100430324.

Condenar en el mismo orden a la aseguradora demandada a pagar de manera inmediata a la expedición de la sentencia:

- 1.- El valor correspondiente al saldo insoluto de la obligación a la fecha del siniestro, equivalente a \$117.700.681, más el 25%, respecto de la obligación No.05707076300108144 en cabeza del demandante y a favor del BANCO DAVIVIENDA S.A.
- 2.- El valor asegurado correspondiente a la suma de \$27.987.953,59, respecto de la obligación No.05707076100408637, en cabeza del demandante, a favor e este y/o BANCO DAVIVIENDA, obligación financiera pagada en su totalidad por el demandante.
- 3.- El valor asegurado correspondiente a la suma de \$70.898.506, respecto de la obligación No.5907076100430324 en cabeza del demandante y a favor del banco demandado, hasta que se cubra el saldo insoluto de dicha obligación a la fecha de la incapacidad total y permanente; las diferencias que resulten entre la suma asegurada y el valor adeudado, a la fecha en la que se haga efectivo el pago indemnizatorio,

teniendo en cuenta que el demandante ha venido pagando cumplidamente la obligación.

Que de conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio, la compañía aseguradora demandada pague a la orden del demandante, o del BANCO DAVIVIENDA si fuere el caso, los intereses moratorios a la tasa igual a la certificada por la Superintendencia Financiera, aumentado en la mitad, o en subsidio la indemnización de perjuicios causada por la mora en el pago de la obligación, desde la fecha del siniestro y hasta cuando se cumpla el pago de las obligaciones; que las demandadas paguen las sumas de dinero adeudadas debidamente indexadas de acuerdo al IPC actualizado y certificado por el DANE.

Que el BANCO DAVIVIENDA expida los respectivos paz y salvo de las obligaciones No.05707076300108144 y No.5907076100430324 a favor del demandante y se condene en costas a los demandados y a pagar al demandante las diferencias que resulten entre la suma asegurada y el valor adeudado del mismo crédito, a la fecha en la que se haga efectivo el pago indemnizatorio, teniendo en cuenta que el demandante ha venido pagando cumplidamente la obligación.

Los supuestos fácticos que apoyan las anteriores pretensiones afirman en síntesis que el demandante adquirió los indicados productos con el BANCO DAVIVIENDA S.A., sin que al momento de suscribir los mencionados créditos presentara un solo día de incapacidad por la presencia de alguna enfermedad, continuando prestando sus servicios como Fiscal al servicio de la Fiscalía General de la Nación.

Que mediante dictamen No.DML-6514 de 20 de septiembre de 2018, el departamento de Medicina Laboral de COLPENSIONES, le otorgó al actor una pérdida de capacidad laboral del 51,95% y una fecha de estructuración de 15 de septiembre de 2018, teniendo en cuenta las siguientes deficiencias: ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA, SINCOPE Y COLAPSO, ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES Y TRANSTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO, y que con ocasión de este dictamen presentó ante las entidades demandadas el 13 de noviembre de 2018, reclamo de la Póliza de Vida Deudores Anexo Incapacidad Total y Permanente que había suscrito en amparo de los indicados créditos, comunicándole la aseguradora el 26 de diciembre de 2018 que se generó una declaración reticente que generó nulidad, pues antes de haber ingresado a la póliza padecía de ESPONDILITIS ANQUILOSANTE y SÍNDROME DEL

TÚNEL DE CARPO IZQUIERDO, presentando el 29 de mayo de 2019 solicitud de reconsideración, despachada negativamente por la aseguradora, indicando el banco demandado que esta era la única encargada de realizar estudio del pago indemnizatorio.

Que en las declaraciones de asegurabilidad firmadas por el actor para los dos primeros mentados créditos, en ningún momento se le especificó, indicó o preguntó al actor al momento de la negociación precontractual, las dolencias o enfermedades que padeciera al momento de la suscripción del contrato, pues se le hizo entrega del papeleo, solo para "firmarlo", no existió un cuestionario para marcar de forma negativa o afirmativa la presencia de alguna enfermedad, tratándose de declaraciones pre impresas que no dejaban espacios de ninguna índole para rellenar, sólo traía un texto redactado en forma general, no específica, no enunciándose en estas, ni en el contrato de vida póliza de seguro de vida grupo deudores y su anexo de incapacidad total y permanente como exclusión ninguna de las patologías que padece el actor y menos de las que se ha valido la aseguradora para alegar reticencia.

Que respecto del último de los referidos créditos ofrecido por el banco demandado, no se firmó declaración de asegurabilidad, toda vez que la misma se petición y sólo se remitieron las de los otros dos créditos, sin realizarse cuestionamiento alguno sobre el estado de salud del actor y tampoco se le practicó examen médico de ingreso alguno, solamente se le ofreció un crédito pre aprobado por su buena trayectoria.

Que la aseguradora en ningún momento, estando facultada y autorizada para acceder a toda información relacionada con el estado de salud del actor, solicitó historia clínica o practicó algún examen médico, para pormenorizar el estado de riesgo del tomador.

Que cuando fue dictaminado el estado de invalidez al demandante por parte de COLPENSIONES, se encontraba laborando sin presentar un solo día de incapacidad laboral, saltando a la vista que estaba en buenas condiciones, luego las alegadas patologías, ni solas ni en conjunto eran invalidantes, y menos las causantes o únicas determinantes del estado de invalidez actual.

Que la vaguedad del formato proforma redactado por la aseguradora de las Declaraciones de Asegurabilidad, enuncian de manera genérica "mi estado de salud es normal" e incluye textualmente algunas enfermedades dentro de las que no

se encuentra las señaladas ESPONDILITIS ANQUILOSANTE y SÍNDROME DEL TUNEL DE CARPO IZQUIERDO y, de forma ambigua, imprecisa, general, vaga, “que no se ha recibido tratamiento médico por alguna enfermedad de las enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial”, cláusula abusiva y desproporcionada que amplía el radio de acción de cualquier dolencia por la que pudiere recibirse cualquier medicamento o tratamiento aun en el evento en que no sea grave, la que no puede interpretarse a favor de la aseguradora, para que se beneficie de su propia ambigüedad.

Que el actor siempre ha actuado bajo los postulados de la buena fe, suscribiendo la declaración de asegurabilidad haciendo honor a la verdad, faltando el banco demandado al deber de información a través de sus asesores comerciales y diligentemente haber solicitado la historia clínica del futuro deudor o al menos haber pedido previamente la legalización de exámenes médicos y conocer el estado de riesgo.

2.2.- CONTESTACIÓN

2.2.1.- EI BANCO DAVIVIENDA S.A. por conducto de apoderada² se opone a la pretensión de existencia del contrato de seguro, por no ser la aseguradora suscribiente del mismo y actuar en calidad de beneficiaria de las pólizas expedidas con ocasión de obligaciones contraídas por el demandante para con la entidad que representa; no pronunciarse respecto de la declaratoria de responsabilidad de la codemandada y de condena en su contra, por cuanto se dirige a una entidad diferente; oponerse a las pretensiones directas contra la entidad que representa, porque las obligaciones contraídas por el demandante se realizaron de acuerdo con la ley, negociaciones válidamente celebradas vigentes a la fecha, precisando su oposición a las pretensiones de condena junto a la aseguradora codemandada, al igual que la relativa a la expedición de paz y salvo, porque no se puede expedir si las obligaciones no han sido canceladas.

Con relación a los hechos base para pedir afirma no constarle los que no involucran a su representada, y en los que si la involucran de manera general afirma ser cierto las adquisiciones de obligaciones por parte del demandante para con su

² Documento 01, folios 165 – 196, cuaderno 1, expediente digitalizado.

representada, sin constarle que fueron garantizadas con contratos de seguro de vida por ser celebrados con la entidad aseguradora y tener la calidad de beneficiaria y no ser parte en los mismos.

Formula excepciones de mérito bajo la denominación de (i) no incurrir en responsabilidad contractual ni extracontractual y en consecuencia no estar obligada a pagar ninguna cantidad de dinero; (ii) falta de legitimación en la causa por pasiva; (iii) no ser parte del contrato de seguros; (iv) buena fe; (v) nulidad relativa del contrato de seguros; (vi) cumplimiento de la obligación de informar los seguros que debían contratarse.

2.2.2.- La demandada COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. se opone a todas y cada una de las pretensiones, bajo el argumento cierto que los anunciados contratos de seguros, se encuentran viciados por omisión de declarar sinceramente los hechos que implican la agravación del riesgo, lo que irremediablemente genera su nulidad, tal como lo establece el artículo 1058 del Código de Comercio, sin que haya lugar a reconocimiento y pago de las prestaciones aseguradas, al no haber informado el actor sobre antecedentes desde el 6 de octubre de 2014 de espondilitis anquilosante, síndrome túnel del cargo izquierdo y trastorno de ansiedad no especificado, por lo cual recibía tratamiento médico psiquiátrico, es decir que no actuó de buena fe al contestar los cuestionarios, presentándose reticencia, porque con la Historia Clínica se demuestra que antes de firmar las declaraciones de asegurabilidad, existían las mencionadas patologías, por lo cual era tratado medicamente, consumiendo a la vez medicamentos para tales enfermedades.

Expone que las exclusiones obran en el capítulo de la póliza para cancelar siniestros, aclarando que estas clases de pólizas se expiden para cancelar el saldo insoluto que debe el deudor o asegurado al momento de cumplirse uno de los amparos, nunca sumas indexadas, pago que se hace directamente a la entidad bancaria, siempre que no exista nulidad relativa del contrato respecto de los tres contratos recogidos en las anunciadas pólizas

Igualmente excepciona (i) nulidad relativa de los contratos; (ii) ineficacia del contrato de seguro e inexistencia de la eventual obligación indemnizatoria por parte de los seguros; (iii) cobro de lo no debido; (iv) cualquier otro tipo de excepción de fondo que llegare a probarse y (v) genérica.

2.3.- SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA³

DECLARA probada la exceptiva de mérito denominada NULIDAD RELATIVA del contrato de seguros, en consecuencia, NIEGA las pretensiones de la demanda, CONDENA en costas a la parte actora y FIJA agencias en derecho.

Considera el fallador de primer grado que la controversia se centra en la existencia o no de una reticencia que de acuerdo con la norma sustancial genera nulidad relativa del contrato o del negocio jurídico celebrado entre el demandante y la aseguradora SEGUROS BOLIVAR y, en ese orden formula como problema jurídico a resolver, el establecer si la solicitud de asegurabilidad suscrita por el demandante adolece de reticencia e inexactitud que si hubieren sido conocidas por el asegurador, lo hubiera retraído de celebrar el contrato o lo hacía más oneroso de acuerdo con el artículo 1068 del Código de Comercio, de contera sí la vinculación de DAVIVIENDA resulta o no ajustada a la norma procedimental, en otras palabras si le asiste legitimación en la causa por pasiva y en un momento dado responder por la reclamación hecha por el actor.

Expone el juzgador de primer grado que para responder el primer problema jurídico, en valoración conjunta de las pruebas recogidas, básicamente documental, emerge una serie de indicios que establecen hechos desconocidos de hechos allí consignados, con el deber de analizar la conducta asumida por los extremos contendientes de la relación negocial de todo el inter contractual, periodo pre contractual enmarcado en la ubérrima bona fe, al caso sí el demandante fue sincero al momento de suscribir las llamadas declaraciones de asegurabilidad, como quiera que no registró unas circunstancias anómalas de su salud antes de suscribir las mencionadas pólizas y además como circunstancia posterior, no tener el formulario pro forma espacios para manifestarse frente a una circunstancia particular, registrando además los mismos, cláusulas ambiguas, de cierta manera abusivas e impuestas por la aseguradora, conforme lo alega la apoderada de la parte actora, frente a lo cual la aseguradora manifiesta que la reticencia se encuentra probada con la Historia Clínica, observando el juzgado que en no pocas ocasiones antes de la suscripción del indicado formulario, el actor venía padeciendo de trastornos psicológicos como ansiedad, que fueron motivo de consulta, encontrando en la Historia Clínica antecedentes registrados que datan del 26 de abril de 2018 y del 26 de junio del mismo año, al igual que a nivel de reumatología, hechos que permiten inferir que venía siendo tratado por la EPS.

³ Documento 12, audiencia de trámite y juzgamiento, minuto 34:23 – 1 hora:39, expediente digitalizado

Que la circunstancia particular de responder el demandante al indagársele que hiciera un recuento de los antecedentes, se refirió a esos episodios que desmejoraban su salud mental y que en cierta manera le hicieron acudir a COLPENSIONES para el otorgamiento de invalidez, lo que efectivamente ocurrió, indicio confirmado con la confesión del demandante, en el sentido que antes de hacer la gestión ante la junta de calificación e invalidez, presentaba una serie de trastornos mentales, que justo aparecen relacionados en la Historia Clínica y demuestran que existe un nexo de causalidad entre esta y lo finalmente reflejado en el dictamen pericial.

Sobre la ambigüedad alegada de los formularios de declaración de asegurabilidad, expone que se infirma por el hecho de afirmar el tomador demandante que se enteró del contenido a través de un tercero intermediario, el BANCO DAVIVIENDA, preguntando el juzgador que sí no leyó el contenido, cómo se enteró de la no existencia de espacios en blanco.

Precisa que de acuerdo con lo señalado por la Corte Suprema de Justicia, existen obligaciones que incumben a las partes contratantes, de tal manera que el periodo pre contractual, debe estar reglado no solamente por el principio de la ubérrima buena fe, sino con la transparencia con la que debe actuar el asegurador al momento de poner de presente los formularios de asegurabilidad, consagrando el artículo 1018 la premisa no absoluta, de servir de brújula, de fórmula orientadora que en un momento dado se cumpla el principio basilar de la buena fe.

Que para el caso, los padecimientos aceptados por el demandante se encuentran registrados en la Historia Clínica, antecedentes de trastornos de ansiedad, de los que venía siendo tratado a través de consultas por parte de la EPS SANITAS, de tal manera el demandante conocía de estas anomalías, no que no padeciera ninguna enfermedad y que su salud fuera buena.

Que en desarrollo del principio de la buena fe, el asegurador debe proponer un formulario que sea claro, específico, diáfano, diamantino para resolverlo, que para el caso es cierto, sin ambigüedad en las cláusulas diseñadas, preguntas dirigidas a establecer que el actor padecía no solamente las enfermedades relacionadas en el texto del formulario, sino cualquier otro tipo de enfermedad, indistintamente de que fueran relacionadas, lo que no significa que las preguntas sean ambiguas, calificándolas de claras, dirigidas a una persona que por su grado de formación, experiencia y nivel crediticio, al no ser el primer crédito de vivienda, le era

fácil comprender lo que se le preguntaba, razón para no aceptar la posición de cláusula ambigua y abusiva.

Que la Historia Clínica refleja nexo de causalidad, que en últimas dio lugar a la declaración de incapacidad en dictamen pericial DML 66515/18 de 20 de septiembre de 2018, soportado en una serie de anomalías (fatiga, ansiedad laboral, hipertensión arterial), en su momento registradas en la Historia Clínica antes de asumir los contratos de pólizas de seguros, de las que el actor venía siendo atendido desde abril de 2018, encontrando que el actor no fue sincero y que ha quebrantado el principio basilar de la buena fe.

Que de contera la reticencia mal puede vincular por pasiva al BANCO DAVIVIENDA y como bien lo advierte su apoderada, no se ha hecho ninguna indemnización por parte de SEGUROS BOLIVAR.

2.4.- SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

Por escrito⁴, acorde a los mandatos del artículo 14 del Decreto 806 de 2020, sustenta la señora apoderada de la parte actora recurrente en apelación, los reparos contra el fallo de primer grado, en torno a la valoración en conjunto de las pruebas aportadas, desarrollando siete puntos.

1.- Que las conclusiones del juzgador *a quo* no se acompasan con las pruebas arrimadas y su valoración en conjunto, por cuanto de la Historia Clínica no se deduce que su representado faltó a la verdad, (i) porque la enfermedad ESPONDILITIS, nunca estuvo relacionada en la declaración de asegurabilidad como una exclusión de la póliza y la misma nunca fue incapacitante; (ii) el trastorno de ansiedad, contrario a lo planteado por el fallador, sólo se diagnosticó el 15 de mayo de 2018, con posterioridad a las declaraciones de asegurabilidad, firmadas el 18 de noviembre de 2016, 26 de diciembre de 2017 y 22 de marzo de 2018; (iii) de la Historia Clínica no pueden desprenderse indicios, como lo quiere ver el *a quo*, sobre el conocimiento de la invalidez, por las consultas médicas o antecedentes, pues las patologías que dieron al traste con la invalidez fueron varias y no sólo las mencionadas como reticentes, las que analizadas en su integralidad y evolución negativa, agudizadas a raíz del estrés y sobre carga laboral, se generó en mayo de 2018, las

⁴ Documento 06, cuaderno de segunda instancia, expediente digitalizado.

que dieron como resultado una invalidez en más del 50%, alcanzada el 15 de septiembre de 2018, fecha de estructuración de la invalidez.

2.- Que no realiza el fallo apelado un análisis respecto de cada uno de los créditos y pólizas que los respaldaban, deteniéndose en cada una de sus vigencias, llegando a conclusiones generalizadas, aplicando la consecuencia de la invalidez respecto de todos los contratos de seguros, olvidando la fecha de suscripción de las declaraciones de asegurabilidad anteriores a la fecha de estructuración de la invalidez, producto de una serie de patologías y no de una sola.

3.- Que el fallo apelado da por probado que BOLIVAR S.A. cumplió con todos los deberes, cuando se demostró todo lo contrario, pues no le basta alegar inexactitud para beneficiarse de la invalidez de los contratos de seguros y, debe demostrar que tuvo la debida diligencia profesional, al momento de determinar con certeza el riesgo asegurable, previo a la celebración del contrato e incluso con posterioridad, citando el artículo 1058 del Código de Comercio y sentencia de esta Corporación del pasado 17 de agosto, con ponencia de la Dra. GILMA LETICIA PARADA PULIDO, radicado 41001-31-03-004-2019-00203-01.

Refiere que el incumplimiento de las cargas por parte de la aseguradora demandada, hecho que evidencia en (i) la no realización de examen médico previo al tomador demandante; (ii) no solicitarle allegar valoraciones médicas recientes, con miras a establecer en forma objetiva su condición de salud; (iii) no verificó el estado actual de salud, pese a tener su autorización expresa de acceso a la Historia Clínica y (iv) aceptó el seguro, por lo que habilitó la cobertura del riesgo asegurado y recibió el pago de las primas (sentencias T-609/16, T-830/14, T-270/16, T-027/2019), trayendo a colación sentencia SC5327 de 2018 de la Sala de Casación Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, sobre el estudio de la reticencia en el marco de un equilibrio de información a cargo de los intervinientes.

4.- Que el *a quo* no amparó el riesgo asegurado, la invalidez, por considerar que existían antecedentes de patologías, lo cual rompe con el nexo de causalidad que debe existir en la información omitida y el siniestro, dando por probado, sin estarlo, "*la efectiva relación causal*", cuando el riesgo invalidez era incierto a la celebración de los contratos, toda vez que las patologías que presentaba, por sí solas ni en conjunto para la suscripción de los contratos eran invalidantes y, mucho menos generantes de la invalidez del actor, las que no le generaron incapacidad alguna o le hicieron creer que eran invalidantes.

5.- Que no se valoró el comportamiento y mala fe de la aseguradora demandada, (i) al no dar mérito probatorio a la indemnización de la demandada aseguradora a dos créditos al BANCO DAVIVIENDA (de un monto bajo), a nombre del demandante, que lo fueron para las mismas fechas de los dos primeros créditos que se reclaman en la presente acción, sin que existiera una razón de peso que ameritara trato diferente y (ii) deducirse de las declaraciones de asegurabilidad su ambigüedad, pretendiendo incluir cualquier dolencia o enfermedad, formato proforma ambiguo y confuso que pretende abarcar cualquier situación, alejándose de su obligación como ente asegurador, de redactar de manera clara, precisa y taxativa todas las exclusiones posibles y eliminar cualquier ambigüedad (sentencia SC5327 de 2018).

6.- Que pasa por alto que la demandada debe probar la mala fe del asegurado, la que no se probó, pues por el contrario el demandante es y ha sido una persona honorable, autorizando a la aseguradora con la firma de las declaraciones de asegurabilidad, la práctica de exámenes, solicitar la Historia Clínica y todo lo necesario para comprobar su estado de salud y, siempre ha sido una persona con un comportamiento financiero y crediticio excelente.

7.- Que el fallo no se acompasa con el precedente jurisprudencial trazado por las Honorables Corte Suprema de Justicia, Corte Constitucional y este Tribunal, sobre el incumplimiento de las cargas o deberes que tienen las aseguradoras, que hace inviable declarar la nulidad del contrato de seguros, al ser negligentes y no verificar el estado del riesgo, subsanándose la presunta inexactitud y descartándose la mala fe del asegurado.

3.- CONSIDERACIONES

La competencia de la Sala, de acuerdo con el artículo 328 del C.G.P., se circunscribe a los reparos formulados y ampliamente sustentados por la parte demandante contra la sentencia de primer grado, los que giran en torno a la apreciación probatoria respecto de la excepción de reticencia que se declara probada.

3.1.- No ofrece discusión en el plenario los indicados créditos concedidos por el demandado BANCO DAVIVIENDA (en adelante el banco) al demandante RODRIGO HERNÁNDEZ FIERRO (en adelante el actor), y las pólizas de seguro de vida deudores que los amparaban, expedidas por la demandada COMPAÑÍA DE

SEGUROS BOLIVAR S.A. (en adelante la aseguradora), debatiendo sí la parte pasiva desde su vinculación por vía de excepción de mérito, la reticencia del actor en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, al momento de suscribir el formulario de declaración de asegurabilidad, en donde no informó las afectaciones de su salud, específicamente espondilitis anquilosante y síndrome del túnel de carpo izquierdo, las que de haber sido conocidas por la aseguradora le hubieren retraído de celebrar el negocio o inducido a estipular condiciones más onerosas, debate que centró el pronunciamiento de primera instancia y que debe ser dilucidado en la presente.

3.1.1.- Respecto de la citada norma comercial, contentiva de la debatida reticencia del tomador del seguro, al no declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según cuestionario propuesto por el asegurador, de manera reiterada ha tenido oportunidad de puntualizar nuestra Honorable Corte Suprema de Justicia, que la buena fe incorporada en el artículo 871 del estatuto mercantil, principio rector de los actos mercantiles, aplicable en el contrato de seguros, es calificada y de doble vía, o sea que se exige tanto del tomador como del asegurador y, que su prueba sin más no es suficiente para declarar la nulidad relativa, gravitando la carga probatoria en la parte que la alega, así expuso recientemente la Alta Corporación de cierre de la jurisdicción ordinaria civil, que para mayor ilustración se extracta en extenso:

“De tal modo que en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fé son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. Fundadas en el cuestionario o en su investigación en relación con el tomador, es como pueden asumir la determinación de no contratar o de hacerlo en condiciones más onerosas. La obligación emanada del 1058 es bifronte, cobija a las dos partes.

La regla, entonces, es que ninguno de los contratantes, mientras estuvo a su alcance, puede recargarse en el otro para evadir responsabilidad. El obrar de ambos debe estar guiado por una diligencia suma, especial,

máxima. Y esto la diferencia de la exigida comúnmente en los demás negocios jurídicos. Así, relacionado con el estado de salud del potencial asegurado, por demás comprobable, el tomador debe declararlo sinceramente conforme al cuestionario propuesto, y la aseguradora, valorarlo a efectos de decidir si prescinde o no del examen médico⁵.

3.2.3. Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. Ello ocurre, por una parte, cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo (artículo 1058, in fine, del Código de Comercio⁶), no obstante, lo cual, aceptó celebrar el negocio asegurativo. En este caso se entiende que ninguna dificultad avizoró para otorgar el consentimiento. Y por otra, cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente.

Como tiene dicho esta Corporación, «no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento»⁷.

La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado.»⁸

Igualmente se expone en la extractada sentencia, que además de la insinceridad demostrada del tomador o asegurado, debe acreditarse cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador, porque no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro, bien sea por haberse subsanado o aceptado

⁵ Asociado con preexistencias, para la Corte constitucional, la empresa aseguradora es «negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso (...) a la póliza de vida grupo deudores» (Sentencia T-832 de 21 de octubre de 2010). Por esto, en otra ocasión acotó que una aseguradora «no puede alegar esta causal de nulidad (...), si no solicitó exámenes médicos al asegurado, o si habiéndolo hecho no especificó dentro del contrato las enfermedades que no cubriría» (Sentencia T-609 de 9 de noviembre de 2016).

⁶ «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».

⁷ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

⁸ Sentencia Sala de Casación Civil, SC3791-2021, 1º de septiembre de 2021, M.P. Dr. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA.

expresa o tácitamente luego de celebrar la convención o por cuanto conocidas real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, se asintió la voluntad y las demás, al ser intrascendentes, en este caso “...mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que son “nimias o insignificantes.”, sin que pueda confundirse la trascendencia con el nexo causal del hecho que causa el siniestro, puntualizando que “...En el acta 73 del Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio se observó que «no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro»⁹. Empero, que la reticencia o inexactitud se relacione o no con el hecho del infortunio, es algo totalmente distinto a la magnitud de la falta. Según la incidencia que haya tenido en el consentimiento, al fin de cuentas, es lo que va a determinar la nulidad relativa.”

Así, respecto del punto objeto de debate expone la Alta Corporación:

“3.2.7. Para finalizar, la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida¹⁰. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre

⁹ Asociación Colombiana de Derecho de Seguros “Acoldece”. Bogotá. Unión Gráfica Ltda. 1983. páginas 91 y ss.

¹⁰ COLOMBIA, CSJ. SC Sent. del 15 de marzo de 1944, del 12 de diciembre de 1955, del 23 de septiembre de 1974, del 11 de marzo de 2004; del 13 de julio de 2005; y del 30 de junio de 2011.

la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. Este punto por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela.

Sobre el particular, en reciente acción constitucional por unanimidad, en la radicación 11001-02-03-000-2020-00827-00, la Sala realzó la doctrina de la sentencia T-282 de 2016, donde se explican algunos de los criterios expuestos antes:

«En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. [...]

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

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

situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

*«23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene **una doble carga**: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición» (negrillas del texto original y subrayas de la Sala)»*

En cuanto a la carga que se le impone acreditar a la aseguradora, precisa la providencia que se viene extractado, que la sentencia T-027 de la Corte Constitucional, ha enlistando los siguientes: **“i) El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro, y ii) La mala fe al celebrar dicho negocio jurídico;”**

3.2.- En el caso concreto, la alegada reticencia se fundamenta en el supuesto fáctico de la no información al momento de la declaración de asegurabilidad de los padecimientos de salud del actor de espondilitis anquilosante y síndrome del túnel de carpo izquierdo, conforme puso de presente la aseguradora al momento de responder al banco beneficiario la reclamación¹¹ el 26 de diciembre de 2018, que es transmitida por el banco a la hoy apoderada del actor¹², reiterada directamente por la aseguradora a la misma apoderada el 2 de julio de 2019¹³, padecimientos anteriores a la suscripción de los referidos documentos, el 18 de noviembre de 2016 y 26 de diciembre de 2017¹⁴, pues se constata con relación a la primera, acorde a la Historia Clínica¹⁵, que en valoración por Internista, se reseña antecedente de 2014-10-06, e igualmente como antecedente patológico en la Historia Clínica General a 01-08-2018,

¹¹ Documento 01, folios 86-87, cuaderno de primera instancia, expediente digitalizado.

¹² Documento 01, folios 88-89, cuaderno de primera instancia, expediente digitalizado.

¹³ Documento 01, folios 90 -12, cuaderno de primera instancia, expediente digitalizado.

¹⁴ Documento 01, folios 52 y 66, cuaderno de primera instancia, expediente digitalizado.

¹⁵ Documento 01, folio 84, CD Historia Clínica; documento 21, expediente digitalizado.

01-06 y 08 2018, enfermedad antecedente y la segunda a 4-11-2015, por lo que sin desconocer que la primera fue una de las enfermedades base para la calificación de invalidez del 51.95% dictaminada por COLPENSIONES¹⁶ el 20 de septiembre de 2018, con fecha de estructuración, 15 de septiembre del mismo año, no fue la única, enlistándose en el numeral 6, HIPERTENSIÓN ESENCIA (PRIMARIA), SICOPE Y COLAPSO, ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES Y TRANSTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO, sin que obre prueba alguna de la incidencia por su gravedad o carácter de crónica, por la que se indaga en la declaración de asegurabilidad, en orden a no haber celebrado la aseguradora el contrato de seguro o haberlo celebrado en condiciones más onerosas.

Es de destacar que la aseguradora pese a la autorización plasmada en el documento de declaración de asegurabilidad, estaba facultada para indagar la Historia Clínica, sin acreditar pesquisa alguna al respecto, carga que le correspondía, como quiera que acorde con la línea jurisprudencial extractada de nuestro máximo tribunal de la jurisdicción ordinaria civil, a la aseguradora también le es exigible la buena fe ubérrima en materia contractual de seguros, circunstancia que lleva al traste su argumentación de reticencia del actor, fundamento de la causal de excepción de declaración de nulidad relativa de los contratos de seguros, por tal razón, respecto de las pólizas No. 513203460 y 5132040014201, que amparaban los créditos No.05707076300108144 y 05707076100408637, respectivamente, no hay lugar la dicha declaratoria.

En cuanto al crédito No.5907076100430324, sin dificultad se determina que la vigencia de la póliza 45155¹⁷ que lo amparaba, es desde el 08 /10/2018, o sea el 8 de octubre de 2018, con posterioridad a la fecha de estructuración del estado de invalidez, que como se ha expuesto, es a partir del 15 de septiembre del mismo año, por lo que al no estar vigente a este momento, no hay lugar a reclamar el pretendido amparo y por ende determinar si en efecto se presentó la reticencia objeto de excepción, en consecuencia las pretensiones declarativa, salvo de su existencia y, las de condena con relación a este crédito no están llamadas a prosperar.

3.3.- Fluye de lo discurrido que la declarada prosperidad de la excepción de nulidad relativa planteada por la parte demandada, está llamada a ser revocada,

¹⁶ Dictamen 01, folios 76 – 83, cuaderno de primera instancia, expediente digitalizado

¹⁷ Documento 1, folio 72, cuaderno de primera instancia, expediente digitalizado.

para en su lugar declararla infundada, abriéndose paso el análisis de las restantes excepciones, de conformidad con el artículo 282 inciso 3 del C.G.P.

3.3.1.- Excepciona el banco no haber incurrido en responsabilidad contractual ni extracontractual y consecuentemente no estar obligado a pagar ninguna suma de dinero, frente a lo cual, es evidente la no responsabilidad de la entidad frente al no reconocimiento del ente asegurador de la ocurrencia del siniestro, pero también que pese a la ocurrencia de este, con la estructuración del estado de invalidez dictaminado por COLPENSIONES a partir del 15 de septiembre de 2018, el actor ha venido cancelando las cuotas correspondientes de los créditos asegurados, conforme se evidencia en el histórico de pagos aportados en la presente instancia por decreto de prueba oficioso, a los créditos No.05707076300108144 y 05707076100408637.

Significa entonces, que contrario a lo excepcionado, las anteriores sumas de dinero canceladas por el actor después del 15 de septiembre de 2018, deben serle devueltas por el banco beneficiario de los contratos de seguro no afectados de nulidad relativa, no estando llamada a prosperar la presente excepción, en cuanto es procedente el pago a cargo del banco, razón para que tampoco sea próspera la de falta de legitimación en la causa por pasiva, debido a que si bien el banco no es parte del contrato de seguro, sí está llamado a realizar los indicados pagos y/o devoluciones, por lo que no se excluye la pretendida condena, con independencia de la buena fe de la entidad bancaria, no tratándose el cumplimiento de la obligación de informar los seguros que debían contratarse, de un hecho enervante de las pretensiones, pues lo trascendente, según se expuso líneas atrás, es que los contratos de seguros no se encuentran viciados de nulidad relativa, no estando llamados a prosperar los medios exceptivos formulados por el banco.

3.3.2.- En cuanto a las excepciones formuladas por la aseguradora, de lo expuesto se determina la improcedencia de la alegada nulidad relativa, al igual que de la excepción de ineficacia e inexistencia, la que se fundamenta en los no acogidos argumentos de vicios en la formación de los contratos constitutivos de nulidad relativa conforme a los artículos 1058 y 1158 del C. de Co., sin que tampoco se configure el cobro de lo no debido, pues el cobro demandado directamente por él actor, va dirigido al banco demandado, ni ninguna otra excepción enervante de las pretensiones con fundamento en la ley o el contrato, ni genérica alguna que haya lugar a declarar.

3.4.- De esta forma, son procedentes las pretensiones declarativas de existencia de los contratos de seguros, y las condenas limitadas a las pólizas No.

513203460 y 5132040014201, que amparaban los créditos No.05707076300108144 y 05707076100408637 y consistentes en las devoluciones al actor por parte del banco de las cuotas de los créditos que cancelara a partir del 15 de septiembre de 2018, así como la expedición de los correspondientes paz y salvos de los mismos créditos, al igual que las declaraciones y condenas entre las demandadas, con relación a iguales pólizas de seguros expedidas por la aseguradora para amparar los indicados créditos.

Pretende el actor la indexación de las condenas e igualmente intereses moratorios, tratándose de conceptos incompatibles, como de manera pacífica han puntualizado las diferentes Salas de la Honorable Corte Suprema de Justicia¹⁸, al involucrar los intereses moratorios el ingrediente revaloratorio de la indexación, resultando al caso procedente la indexación de cada una de las cuotas canceladas por el actor al banco, al no ser predicable mora de esta entidad, en los términos del artículo 1608 del C.C., pues el banco es beneficiario del contrato de seguro, y el no pago oportuno proviene de la entidad aseguradora al objetar la reclamación, así al dilucidarse en el plenario, la no configuración de la nulidad relativa de los contratos de seguros, abre paso a la pretendida devolución actualizada o indexada y, solamente de no cancelarse la condena a imponer en el término de ejecutoria de la presente sentencia, si son procedentes los intereses de mora, pero no simultáneamente en el periodo de indexación, correspondiente a los intereses de tal carácter fijados por la Superintendencia Financiera, liquidables al momento del pago.

Con relación a la aseguradora si se predica la mora desde el momento que objeta la reclamación en respuesta al banco beneficiario, el 26 de diciembre de 2018, a la tasa fijada por la Superintendencia Financiera al momento del pago.

De esta forma, la liquidación de las condenas a imponer a cargo del banco demandado, correspondiente a la devolución de las cuotas crediticias canceladas por el actor, indexadas a marzo de 2022 es la siguiente:

OBLIGACIÓN N. 05707076300108144 HIPOTECARIO				
FECHA PAGO	VALOR	IPC INICIAL	IPC FINAL	VALOR INDEXADO
	\$117.703.931			
27/09/2018	\$ 1.656.004	99,47	116,26	\$ 1.935.529

¹⁸ Sentencia Sala de Casación Civil 00161, mayo 13 de 2010, M.P. Dr. EDGARDO VILLAMIL PORTILLA; sentencia Sala de Casación Laboral SL-9316, M.P. Drs. GERARDO BOTERO ZULUAGA y JORGE MAURICIO BURGOS RUIZ; sentencia Sala de Casación Penal SP13300-2017, M.P. FERNANDO ALBERTO CASTRO CABALLERO.

27/09/2018	\$ 23.996	99,47	116,26	\$ 28.046
19/10/2018	\$ 1.656.004	99,59	116,26	\$ 1.933.196
19/10/2018	\$ 23.996	99,59	116,26	\$ 28.013
20/11/2018	\$ 1.656.004	99,70	116,26	\$ 1.931.063
20/11/2018	\$ 23.996	99,70	116,26	\$ 27.982
20/12/2018	\$ 1.680.000	100,00	116,26	\$ 1.953.168
24/01/2019	\$ 1.656.004	100,60	116,26	\$ 1.913.788
24/01/2019	\$ 23.996	100,60	116,26	\$ 27.731
20/02/2019	\$ 1.680.000	101,18	116,26	\$ 1.930.389
20/03/2019	\$ 1.680.000	101,62	116,26	\$ 1.922.031
03/05/2019	\$ 1.680.000	102,44	116,26	\$ 1.906.646
21/05/2019	\$ 1.700.000	102,44	116,26	\$ 1.929.344
21/06/2019	\$ 1.700.000	102,71	116,26	\$ 1.924.272
23/07/2019	\$ 1.700.000	102,94	116,26	\$ 1.919.973
21/08/2019	\$ 1.700.000	103,03	116,26	\$ 1.918.296
20/09/2019	\$ 1.700.000	103,26	116,26	\$ 1.914.023
18/10/2019	\$ 1.700.000	103,43	116,26	\$ 1.910.877
19/11/2019	\$ 1.700.000	103,54	116,26	\$ 1.908.847
23/12/2019	\$ 1.700.000	103,80	116,26	\$ 1.904.066
20/01/2020	\$ 1.700.000	104,21	116,26	\$ 1.896.574
19/02/2020	\$ 1.700.000	104,94	116,26	\$ 1.883.381
20/03/2020	\$ 1.700.000	105,53	116,26	\$ 1.872.851
14/04/2020	\$ 1.484.858	105,70	116,26	\$ 1.633.203
18/05/2020	\$ 1.485.709	105,36	116,26	\$ 1.639.413
19/06/2020	\$ 1.487.000	104,97	116,26	\$ 1.646.934
21/07/2020	\$ 1.486.435	104,97	116,26	\$ 1.646.308
19/08/2020	\$ 1.500.000	104,96	116,26	\$ 1.661.490
22/09/2020	\$ 1.500.000	105,29	116,26	\$ 1.656.283
15/10/2020	\$ 1.500.000	105,23	116,26	\$ 1.657.227
18/11/2020	\$ 1.500.000	105,08	116,26	\$ 1.659.593
09/12/2020	\$ 1.500.000	105,48	116,26	\$ 1.653.299
20/01/2021	\$ 1.500.000	105,91	116,26	\$ 1.646.587
18/02/2021	\$ 1.501.000	106,58	116,26	\$ 1.637.327
23/03/2021	\$ 1.501.000	107,12	116,26	\$ 1.629.073
15/04/2021	\$ 1.500.000	107,76	116,26	\$ 1.618.318
21/05/2021	\$ 1.501.800	108,84	116,26	\$ 1.604.183
16/06/2021	\$ 1.482.584	108,78	116,26	\$ 1.584.530
16/06/2021	\$ 27.416	108,78	116,26	\$ 29.301
21/07/2021	\$ 1.534.584	109,14	116,26	\$ 1.634.696
21/07/2021	\$ 27.416	109,14	116,26	\$ 29.205
18/08/2021	\$ 1.572.584	109,62	116,26	\$ 1.667.840
18/08/2021	\$ 27.416	109,62	116,26	\$ 29.077

14/09/2021	\$ 1.572.584	110,04	116,26	\$ 1.661.474
14/09/2021	\$ 27.416	110,04	116,26	\$ 28.966
20/10/2021	\$ 1.572.584	110,06	116,26	\$ 1.661.172
20/10/2021	\$ 27.416	110,06	116,26	\$ 28.960
23/11/2021	\$ 1.572.584	110,60	116,26	\$ 1.653.062
23/11/2021	\$ 27.416	110,60	116,26	\$ 28.819
20/12/2021	\$ 1.572.584	111,41	116,26	\$ 1.641.043
20/12/2021	\$ 27.416	111,41	116,26	\$ 28.609
18/01/2022	\$ 1.572.584	113,26	116,26	\$ 1.614.238
18/01/2022	\$ 27.416	113,26	116,26	\$ 28.142
17/02/2022	\$ 1.572.584	115,11	116,26	\$ 1.588.295
17/02/2022	\$ 27.416	115,11	116,26	\$ 27.690
22/03/2022	\$ 1.571.255	116,26	116,26	\$ 1.571.255
22/03/2022	\$ 28.745	116,26	116,26	\$ 28.745
TOTAL A RECONOCER				\$ 76.074.442

OBLIGACIÓN N. 05707076100408637 DIFERENTE A VIVIENDA				
FECHA PAGO	VALOR	IPC INICIAL	IPC FINAL	VALOR INDEXADO
SALDO	\$27.982.249			
01/10/2018	\$ 900.000	99,59	116,26	\$ 1.050.648
02/11/2018	\$ 880.000	99,70	116,26	\$ 1.026.166
04/12/2018	\$ 880.000	100,00	116,26	\$ 1.023.088
19/12/2018	\$ 900.000	100,00	116,26	\$ 1.046.340
05/02/2019	\$ 900.000	101,18	116,26	\$ 1.034.137
24/02/2019	\$ 900.000	101,18	116,26	\$ 1.034.137
27/03/2019	\$ 831.000	101,62	116,26	\$ 950.719
28/04/2019	\$ 900.000	102,12	116,26	\$ 1.024.618
31/05/2019	\$ 873.000	102,44	116,26	\$ 990.775
21/06/2019	\$22.636.985	102,71	116,26	\$ 25.623.366
TOTAL A RECONOCER				\$ 34.803.994

En cuanto a las condenas a cargo de la aseguradora y a favor del banco, corresponden a los saldos de los créditos al momento de la estructuración del estado de invalidez del actor a septiembre de 2018, que acorde al histórico de pagos ascienden a las sumas de \$117.703.931 (crédito 05707076300108144) y \$27.982.249 (crédito 05707076100408637), en los términos pactados, más los intereses moratorios a partir del 26 de diciembre de 2018, fijados por la Superintendencia Financiera.

3.5.- Frente a la prosperidad parcial de las pretensiones de la demanda y del presente recurso, acorde con lo expuesto, se revocará el fallo de primera

instancia con imposición de costas procesales parciales en primera instancia, reducidas en un 50% a favor de la parte actora y a cargo de la parte demandada, distribuidas por partes iguales, sin lugar a imponer costas en la presente instancia, en aplicación de los mandatos de los numerales 1, 4 y 6 del artículo 365 del C.G.P.

En armonía con lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, Sala Cuarta de Decisión Civil - Familia - Laboral, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

4. RESUELVE:

1.- **REVOCAR** la sentencia objeto de alzada proferida por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva (Huila), en audiencia celebrada el día veinte (20) de agosto de dos mil veintiuno (2021), en su lugar,

2.- **DECLARAR** la existencia de los contratos de seguros entre el demandante RODRIGO HERNÁNDEZ FIERRO y la aseguradora COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., de vida grupo deudores, en amparo de las obligaciones contraídas con el BANCO DAVIVIENDA S.A.:

1.- Certificado individual de vida protección – Renovación No.5132034605202, respecto del crédito hipotecario de vivienda nueva No.05707076300108144.

2.- Certificado individual de vida protección – nuevo negocio No.5132040014201, respecto del crédito No.05707076100408637.

3.- Certificado individual de vida No. 45155, respecto del crédito No. 5907076100430324.

3.- **DECLARAR** contractualmente responsable a la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. del amparo por incapacidad total y permanente y/o invalidez, de las siguientes pólizas seguro de vida grupo deudores, en las que funge como asegurado el señor RODRIGO HERNÁNDEZ FIERRO y beneficiario el BANCO DAVIVIENDA S.A.:

1.- Certificado individual de vida protección – Renovación No.5132034605202, respecto del crédito hipotecario de vivienda nueva.

2.- Certificado individual de vida protección – nuevo negocio No.5132040014201, respecto del crédito No.05707076100408637.

En consecuencia:

4.- **CONDENAR** la aseguradora COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. a pagar al BANCO DAVIVIENDA S.A., el saldo insoluto de las obligaciones aseguradas No. 05707076300108144 y No. 05707076100408637, con las pólizas No. 5132034605202 y No. No.5132040014201, respectivamente, a la fecha de estructuración del estado de invalidez del señor RODRIGO HARNÁNDEZ FIERRO a septiembre 15 de 2018, los que en su orden ascienden a las sumas de \$117.703.931 y \$27.982.249, en los términos pactados, más los intereses moratorios a partir del 26 de diciembre de 2018.

5.- **CONDENAR** al BANCO DAVIVIENDA S.A. a pagar al señor RODRIGO HERNÁNDEZ FIERRO, a la ejecutoria de la presente sentencia, el valor de las cuotas canceladas de los créditos No.05707076300108144 y No.05707076100408637, debidamente actualizadas, las que en su orden al mes de marzo del presente año 2022 ascienden a las sumas de \$76.074.442 y \$30.803.994, más los intereses de mora a partir de la ejecutoria de la presente sentencia y, **ORDENAR** al mismo banco, expedir al señor RODRIGO HERNÁNDEZ FIERRO los correspondientes paz y salvo relativos a estos créditos.

6.- **NEGAR** las restantes pretensiones.

7.- **DECLARAR** infundada la excepción de mérito denominada NULIDAD RELATIVA y no probadas las restantes excepciones formuladas por la parte demandada.

8.- **CONDENAR** en costas de primera instancia en un 50% a la parte demandada, BANCO DAVIVIENDA S.A. y COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., distribuidas por partes iguales, a favor del demandante RODRIGO HERNÁNDEZ FIERRO.

9.- **NO CONDENAR** en costas de segunda instancia.

10.- **ORDENAR** devolver el expediente al juzgado de origen.

Notifíquese y Cúmplase


ENASHEILLA POLANÍA GÓMEZ


EDGAR ROBLES RAMÍREZ


ANA LIGIA CAMACHO NORIEGA

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTA PROVIDENCIA SE EMITIÓ EN FORMATO PDF, DEBIDO A PROBLEMAS INFORMÁTICOS CON LA PLATAFORMA DE FIRMA ELECTRÓNICA QUE IMPIDIÓ LA SUSCRIPCIÓN DEL PROYECTO APROBADO POR LOS INTEGRANTES DE LA SALA.



República de Colombia
Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva
Sala Cuarta de Decisión
Civil Familia Laboral

ACTA DE DISCUSIÓN DE ASUNTOS ORDINARIOS N° 013

En Neiva, a los veinticinco (25) días del mes de mayo de dos mil veintidós (2022), se reunieron los Magistrados que integran la Sala Cuarta de Decisión Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, doctores ENASHEILLA POLANÍA GÓMEZ, EDGAR ROBLES RAMÍREZ y ANA LIGIA CAMACHO NORIEGA, la primera en su calidad de Magistrada Ponente, para someter a discusión varios asuntos.

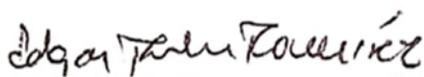
1. La Magistrada Ponente, somete a consideración el proyecto dentro del asunto:

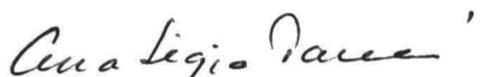
Proceso : Declarativo – Responsabilidad Civil Contractual
Radicación : 41001-31-03-005-2019-00282-01
Demandante : RODRIGO HERNÁNDEZ FIERRO
Demandados : SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Que decide la apelación interpuesta por la parte demandante contra la sentencia de primer grado.

Sometido a discusión, el proyecto fue **APROBADO** por unanimidad por los señores Magistrados que integran la Sala de Decisión.


ENASHEILLA POLANÍA GÓMEZ
Magistrada


ÉDGAR ROBLES RAMÍREZ
Magistrado


ANA LIGIA CAMACHO NORIEGA
Magistrada