

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL  
DE NEIVA**



**SALA CIVIL FAMILIA LABORAL**

**MAGISTRADA PONENTE: GILMA LETICIA PARADA PULIDO**

**ACTA NÚMERO: 1 DE 2022**

Neiva (H), diecisiete (17) de enero de dos mil veintitrés (2023)

**PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL PROPUESTO  
POR JOSÉ DAVID ADAMES CONTRA BBVA SEGUROS DE VIDA  
COLOMBIA S.A. Y OTROS. RAD. No. 41001-31-03-002-2020-00028-  
01. JUZ. 2º CIVIL DEL CIRCUITO DE NEIVA.**

La Sala Tercera de Decisión Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, de acuerdo con las facultades otorgadas por el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, procede en forma escrita a dictar la siguiente,

**SENTENCIA**

**TEMA DE DECISIÓN**

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 26 de noviembre de 2021 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, dentro del proceso de la referencia.

**ANTECEDENTES**

José David Adames a través de apoderado judicial presentó demanda de responsabilidad civil contractual contra el Banco BBVA Colombia S.A., BBVA Seguros Colombia S.A. y en reforma a la demanda presentada en término se incluyó como codemandada a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a fin de que se declarara que *"BBVA Colombia Sucursal Neiva (...) concedió a favor de (...) JOSÉ DAVID ADAMES los siguientes productos crediticios (...) Crédito de consumo No. 158-9608954778 (...) Crédito de consumo vehículo No. 1589612321263 (...) crédito hipotecario No.*

*Proceso Responsabilidad Civil Contractual de José David Adames contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y otros Rad. No. 41001-31-03-002-2020-00028-01. Juz. 2º Civil del Circuito de Neiva (H).*

*361-9602299215 (...) Crédito de consumo No. 650-9600261944 (...) Cupo rotativo No. 650-5000620909 (...) Tarjeta de crédito No. 650-5001069031".*

*Adicionalmente, pretende se declare que, "en virtud de la adquisición de los anteriores productos, entre la entidad BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. [BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.] y (...) JOSE DAVID ADAMES, se suscribieron sendos contratos de pólizas de seguros de vida deudores"; que "BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. [BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.] incumplió el contrato de póliza de Seguros de Vida Grupo Deudores, siendo garantía de los créditos otorgados, razón por la cual deberá la aseguradora responder hasta por el valor amparado en las mentadas pólizas, más la indemnización adicional".*

*Igualmente, peticona que se ordene a "BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. [BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.] hacer efectivo el amparo de cobertura de las pólizas, realizando la cancelación total de los créditos descritos en la pretensión primera, por el valor que corresponda al momento de proferirse sentencia a favor de BBVA COLOMBIA – SUCURSAL NEIVA".*

*Y que por virtud de lo anterior, se ordene a "BBVA COLOMBIA S.A. que al hacerse efectivo el amparo de la cobertura de las pólizas termine cualquier proceso de cobro jurídico en contra del señor JOSE DAVID ADAMES, y en especial el Ejecutivo Hipotecario tramitado en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, con Rad. 190/2019., y dé por cubiertos el total de los gastos que generen estos procesos, habida cuenta los mismos se hubieran causado ante la negativa de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. de cumplir su obligación".*

Como fundamento de las pretensiones, en síntesis, expuso los siguientes hechos:

Que solicitó a la entidad bancaria BBVA Colombia Sucursal Neiva, los productos financieros identificados como Crédito de consumo No. 158-9608954778, crédito de consumo vehículo No. 1589612321263, crédito hipotecario No. 361-9602299215, crédito de consumo No. 650-9600261944, Cupo rotativo No. 650-5000620909 y Tarjeta de crédito No. 650-5001069031; para lo cual de manera preliminar tuvo que suscribir igual cantidad de contratos de seguros de vida deudores.

Refiere que, los aludidos seguros de vida deudores amparaban los riesgos de vida, incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización. Que el

beneficiario de las pólizas es BBVA Colombia S.A. con el objeto de garantizar el pago de las obligaciones que a su cargo tomó el señor Adames.

Señala que, al momento de tomar las pólizas le fueron aplicados los cuestionarios de declaración de asegurabilidad, no obstante, ni el Banco ni la entidad aseguradora efectuó ningún tipo de pronunciamiento frente a lo en estos expuesto y el representante legal de la aseguradora avaló con su firma el certificado de ingreso a las pólizas, sin haber ordenado la realización de examen médico alguno antes de la suscripción de los contratos de seguro de vida deudores.

Afirma que, en razón de su condición actual de salud se retrasó en el pago de los 6 créditos que tiene con el Banco BBVA Colombia S.A., quien procedió a ejecutar judicialmente las obligaciones financieras.

Indica que, durante 30 años laboró para la Rama Judicial, siendo durante los últimos 10 años juez de la República. No obstante, la relación laboral que lo ató con la Rama Judicial terminó en el mes de agosto de 2018, tras haberse cubierto la vacante que ocupaba en provisionalidad de manera definitiva con una persona que accedió a la carrera judicial.

Sostiene que, en diciembre de 2018, solicitó a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, valoración de su capacidad laboral por enfermedad coronaria severa de origen común para condonación de deudas bancarias.

Arguye que, a pesar de su condición de salud continuó con el pago de sus obligaciones hasta enero de 2019, pues en febrero del mismo año la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila conceptuó que presentaba una pérdida de capacidad laboral del 53.8% de origen común y fecha de estructuración diciembre de 2017. Por lo anterior, considera que en su caso se cumplen los requisitos para que se hagan efectivas las pólizas de seguro adquiridas con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y fue por ello, que se abstuvo de continuar con el pago de las cuotas de los créditos adquiridos y adicionalmente porque no contaba con vínculo laboral.

Señala que, el 21 de febrero de 2019, presentó reclamación para la condonación de las deudas contraídas con el Banco BBVA, para lo cual allegó copia del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila.

Indica que, mediante escrito del 13 de mayo de 2020, la entidad aseguradora negó lo pretendido, so pretexto de que se omitió información referente a preexistencias al momento de realizarse la declaración de asegurabilidad, la cual habría dado lugar a que se hubiese aplazado o supeditado a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, habida cuenta que, si se hubiese reportado las patologías padecidas y diagnosticadas por el tomador del seguro, probablemente no se hubiese aceptado la expedición del seguro que respaldaría el crédito.

El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva mediante providencia del 7 de febrero de 2020, admitió la demanda incoada contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y Banco BBVA Colombia S.A.

Corrido el traslado de rigor, el Banco BBVA Colombia S.A. se opuso a la prosperidad de las pretensiones, tras afirmar que, ninguna de estas se desprende o es consecuencia de un incumplimiento contractual o de una conducta reprochable respecto de la entidad bancaria, pues las pretensiones se desprenden de negocios jurídicos que el demandante celebró con la compañía aseguradora y no con el banco, contrato respecto del cual la entidad bancaria tiene la calidad de beneficiaria.

Para enervar las pretensiones de la demanda, el aludido ente propuso como excepciones de mérito las que denominó: i) Falta de legitimación en la causa por pasiva; ii) Cumplimiento legal y contractual de BBVA Colombia; iii) Inexistencia de un litisconsorcio necesario; iv) Buena fe de BBVA Colombia y sus funcionarios; v) Cobro de lo no debido; y vi) La genérica.

Como supuestos de facto que sustentan las exceptivas propuestas indicó que, está plenamente acreditado que el Banco BBVA Colombia S.A. quien actúa como

ente asegurador, es distinto de la entidad bancaria, razón por la que, no se le puede endilgar ningún tipo de responsabilidad de hallarse demostrado el incumplimiento del contrato que sirve de base de las pretensiones invocadas.

De otro lado, señala que el Banco BBVA Colombia S.A. obró de buena fe, de manera diligente, profesional y ajustada a derecho en todo lo que concierne a la operación de crédito del demandante, así como, respecto de las reclamaciones presentadas frente a los seguros de vida que los amparan.

Indica que, en este tipo de eventos no se configura un litisconsorcio necesario, motivo que implica que resultaba innecesaria la vinculación del Banco al trámite procesal.

Por su parte, BBVA Seguros Colombia S.A. al contestar la demanda, afirmó oponerse a la prosperidad de las pretensiones, pues considera que las mismas carecen de fundamento fáctico y jurídico al encontrarse bajo el escenario de la falta de legitimación en la causa por pasiva, pues la compañía no está autorizada a celebrar contratos de seguros de vida.

Para controvertir las pretensiones propuestas en su contra, propuso como excepciones de mérito las que denominó, i) Falta de legitimación en la causa por activa y por pasiva; ii) Inexistencia de la obligación y; iii) La genérica.

Por auto del 4 de noviembre de 2020, se admitió la reforma de la demanda presentada en aras de incluir como codemandada a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Dentro del término de traslado concedido, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, tras afirmar que, los contratos de seguros objeto de la causa se encuentran inmersos en nulidad relativa, al haber incurrido el demandante en reticencia al momento de la suscripción de los mismos.

Como exceptivas de fondo planteó, i) Reticencia y nulidad del contrato de seguros conforme al artículo 1058 del Código de Comercio; pues este omitió declarar sus padecimientos debidamente diagnosticados de antecedentes de dislipidemia, enfermedad coronaria, cateterismo cardiaco, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica y antecedentes de revascularización cardiaca; ii) Prescindencia de examen médico; la política de la compañía es que en caso de estar advertida de una existencia o preexistencia, se procede al requerimiento de la historia clínica del futuro asegurado, y dependiendo del criterio médico se solicitará la práctica de exámenes médicos, o rechazará de plano la solicitud; iii) Excepción de pago; respecto de las obligaciones derivadas del crédito rotativo y de la tarjeta de crédito, pues los mismos ya fueron cancelados por la compañía aseguradora; iv) Inexistencia de la obligación; al encontrarse demostrada las excepciones anteriormente propuestas, a la entidad aseguradora no le asiste obligación alguna para con la parte actora; v) Límite del valor asegurado; el valor asegurado es el saldo insoluto de la obligación a la fecha del siniestro, es decir, la fecha de declaración del siniestro; y vi) pago.

El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, a través de sentencia del 21 de noviembre de 2021, resolvió:

*"PRIMERO: DECLARAR que BBVA Colombia – Sucursal Neiva (...) concedió a favor de José David Adames los siguientes productos financieros Crédito de consumo No. 158-9608954778, crédito de consumo vehículo No. 1589612321263, crédito hipotecario No. 361-9602299215, crédito de consumo No. 650-9600261944, Cupo rotativo No. 650-5000620909 y Tarjeta de crédito No. 650-5001069031".*

*SEGUNDO: DECLARAR que en virtud a la adquisición de los anteriores productos, entre BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y el señor José David Adames se suscribieron sendos contratos de pólizas de seguros de vida deudores.*

*TERCERO: DECLARAR probada la excepción denominada "RETICENCIA Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS ART. 1058 DEL C. Co., propuesta por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (...)*

*CUARTO: ABSTENERSE de pronunciarse sobre las demás exceptivas propuestas por los demandados, teniendo en cuenta que, con la declaratoria de esta, se da al traste con las pretensiones de la demanda, en atención a lo preceptuado en el inciso 3º del artículo 282 del Código General del Proceso.*

*QUINTO: DENEGAR en consecuencia las restantes pretensiones de la demanda.*

*SEXTO: CONDENAR en costas a la parte demandante y en favor de la parte demandada, fijando como agencias en derecho para cada uno de los demandados la suma de \$1.000.000 (...)"*

Para arribar a tal decisión, consideró que, de conformidad con la prueba documental, así como a través de la prueba de confesión, el actor omitió informar al realizar la declaración de asegurabilidad las enfermedades padecidas y que previamente le habían sido diagnosticadas, las cuales resultan ser de mayúscula importancia y por ello, era obligación del tomador informarlas a su futuro ente asegurador.

De otro lado, aseveró que al omitirse por el tomador del seguro informar sobre las enfermedades preexistentes, implica que no se torne necesario que por el asegurador se requiera la realización de exámenes médicos que considera el demandante le debieron haber sido ordenados previo a la suscripción de las pólizas.

Adicionalmente, señala que las providencias citadas por el extremo actor no son aplicables al caso concreto, en la medida que estas resuelven acciones de tutela, y por ello no pueden ser consideradas como precedentes en materia civil, pues sus efectos son inter partes.

Por último señaló, que al encontrarse demostrada la reticencia en la que incurrió el demandante al momento de realizar la declaración de asegurabilidad, en el caso concreto opera la sanción consignada en el inciso 1º del artículo 1058 del Código de Comercio, y por tal motivo, la entidad demandada no incurrió en el incumplimiento contractual que sirve de fundamento de las pretensiones propuestas.

Inconforme con la anterior decisión, la parte demandante presentó recurso de apelación, el cual fue concedido en el efecto suspensivo.

### **FUNDAMENTOS DEL RECURSO**

En sede de segunda instancia, el recurso fue admitido por esta Corporación en auto de 7 de febrero de 2022; posteriormente, a través de proveído de 2 de junio de esta anualidad, se ordenó correr traslado para la sustentación, que se allegó en oportunidad por el recurrente, según constancia secretarial.

La parte demandante solicita que se revoquen los numerales tercero y siguientes de la parte resolutive de la sentencia proferida por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, pues considera que la sentencia impugnada no se encuentra acorde con las tesis actuales que sobre el tema se han definido jurisprudencialmente.

Que si bien en el caso concreto se demostró el hecho de la abstención o discrepancia entre la información suministrada a la compañía de seguros y la realidad del estado de salud del tomador, no se acreditó el elemento subjetivo, esto es, la intencionalidad del tomador para defraudar los intereses de la compañía de seguros, elemento indispensable para que se pueda dar por constituida la reticencia y que al igual que el primer elemento debe ser demostrada en juicio.

Indica que, la consecuencia jurídica prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio no es automática, en tanto que el reporte de las condiciones del tomador, abre la oportunidad al asegurador para que disponga si desea contratar en términos normales, o si por el contrario, lo desea hacer en términos especiales o abstenerse de realizar el convenio. Para tales decisiones el ente asegurador debe o simplemente aceptar lo reportado por el tomador del seguro o desplegar las investigaciones del caso que le permitan determinar qué rumbo seguir, situación esta última que se echa de menos en la causa que avanza.

Señala, que contrario a lo referido por el juez de primer grado, en asuntos de naturaleza civil sí es aplicable la doctrina constitucional que sobre la materia se ha definido en asuntos de tutela, pues sobre tal aspecto la Corte Constitucional ha definido el alcance tanto de las sentencias de constitucionalidad como aquellas en las que se resuelven acciones de tutela.

Como no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, procede la Sala a resolver la controversia planteada, para lo cual,

**SE CONSIDERA**

Atendiendo los argumentos que fundamentan la apelación interpuesta por la parte actora, el estudio en el presente caso se circunscribirá a determinar, si se encuentra configurada la causal de nulidad relativa del contrato de seguros contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio, o si por el contrario, como lo sostiene el extremo demandante, al no haberse acreditado el elemento subjetivo de la reticencia, la omisión del tomador del seguro a la hora de indicar las enfermedades preexistentes, por sí sola no da lugar a la invalidez relativa del negocio jurídico celebrado.

Para resolver el problema jurídico planteado, empieza por decir la Sala, que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio al tomador del seguro le asiste la obligación de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o 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. Adicionalmente, el mencionado canon señala que las sanciones contenidas en este artículo no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Al respecto del contenido del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia desde antaño ha pregonado que *"hace referencia a que el actuar de la aseguradora al momento de determinar el estado del riesgo, debe ser diligente, o sea que no es de su arbitrio exigir del tomador una cualquiera prueba o declaración, descartando o guardando silencio sobre aspectos relevantes, y mucho menos dejando a su sola voluntad las manifestaciones o pruebas para la determinación del verdadero estado del riesgo, sino que, se repite, debe asumir un comportamiento condigno con su actividad, dado su profesionalismo en tal clase de contratación. En vía de principio general lo que la norma reclama es lealtad y buena fe, pues este es un postulado de doble vía en esta materia que se expresa en una información recíproca..."* (Sentencia del 19 de abril de 1.999, exp. 4923, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia) (El subrayado no pertenece al texto).

Por su parte, en sentencia S-139-1995 del 18 de octubre de 1995, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, enseñó que, *"No obstante, el mismo artículo 1058 en cita, establece las circunstancias que conducen a que la reticencia o la inexactitud no operen. Ellas son: a) Cuando la aseguradora ha conocido o debido conocer antes de celebrarse el contrato los hechos o circunstancias que versan sobre los vicios de la declaración, caso en el cual no puede alegar la nulidad relativa del contrato como tampoco pretender la reducción de su obligación, porque si la aseguradora ha conocido la realidad y acepta asumir el riesgo, no ha sufrido engaño. Y si por la naturaleza del riesgo solicitado para que sea asegurado y por la información conocida y dada por el tomador, la compañía aseguradora, de acuerdo con su experiencia e iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, más sin embargo no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido; y b) Cuando después de celebrado el contrato, la aseguradora tiene conocimiento de la reticencia o la inexactitud en que incurrió el tomador y guarda silencio, se entiende que lo allana, lo acepta, evento en el que tampoco puede alegar la nulidad del negocio jurídico, pues lo lógico es que tan pronto conozca las circunstancias que la indujeron al error no esté dispuesta a mantener el contrato y tome las medidas del caso, pero no que nada diga y se espere a que se dé el siniestro para alegar la reticencia o la inexactitud, porque, como quedó dicho, con su silencio allanó el vicio".*

Y en sentencia S-152 de 2001, exp. 6146 del Órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, señaló que *"Otra cosa es que esa reticencia del señor Forero no genere, en este caso en particular, la sanción de nulidad relativa, sobre la base de haber operado la excepción contenida en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, consistente en que el asegurador "ha debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios...", excepción ésta que, según fue examinado, presupone la transgresión del deber de conocer, según el caso, el estado del riesgo, o –mejor aún– de procurarse información sobre el mismo, concretamente en aquellos eventos en que tiene en su haber datos suficientes e indicativos que le permitirían, con mediana diligencia, llegar a la precisión de los hechos que el 'asegurando' deformó, o al conocimiento que se reservó, tal y como en el sub lite aconteció, conforme lo acreditan las pruebas obrantes en el plenario".*

Así las cosas, si bien el contrato de seguro es un acuerdo donde la buena fe ocupa un papel protagónico pues se erige en su núcleo, y por tal motivo exige la sinceridad plena del tomador al momento del diligenciamiento del cuestionario de asegurabilidad, no menos cierto es, que dicho postulado también debe ser observado por la entidad aseguradora, quien dada su calidad de profesional en el cubrimiento de riesgos debe actuar diligentemente, y por

tal motivo de conocer un hecho o que por su calidad debió haber conocido, no puede so pretexto de la simple inexactitud o reticencia del tomador pretender la declaratoria de la nulidad relativa de la convención, pues el principio de la buena fe excluye la posibilidad culposa, esto es, contrario a un actuar diligente, cuidadoso, prudente y previsor.

En torno a cómo opera el principio de la buena fe en materia de seguros, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en reciente oportunidad señaló que:

*"El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. A su vez establece que se rigen por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».*

*En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de uberrima bona fidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su inmediatez con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.*

*Ello, sin embargo, no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «prescinda del examen médico» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el fondo, ante la alternativa de corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia.*

*Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, tiene dicho, gira la «potestad (...) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él»<sup>1</sup>. Todo, dijo en otra ocasión, «mediante (...) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos»<sup>2</sup>.*

*La uberrimae bona fidei, por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados, al «mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas». 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*

<sup>1</sup> CSJ. Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528.

<sup>2</sup> CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

*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 de 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.*

*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 médico<sup>3/4</sup>.*

En el caso concreto, no existe discusión sobre la celebración de los contratos de seguros vida deudores entre BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y José David Adames; tampoco se debate en esta instancia respecto del hecho de que desde el 2007 y 2009 el señor Adames presenta diagnósticos de dislipidemia, enfermedad coronaria, cateterismo cardiaco, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica y antecedentes de revascularización cardiaca; y que al momento de diligenciar los cuestionarios contenidos en la declaración de asegurabilidad, manifestó que no presentaba ninguna patología a pesar de que era conocedor de las enfermedades cardiacas que lo aquejaban dado su diagnóstico previo y la intervención quirúrgica a la que había sido sometido con antelación a la declaración de asegurabilidad y la posterior suscripción de las pólizas de seguro vida deudores.

---

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> Sentencia SC3791-2021.

En tal sentido, solamente está en discusión en sede de segunda instancia si como lo afirma el demandante, era deber de su contraparte demostrar la mala fe del tomador al momento de realizar la declaración de asegurabilidad y si la omisión de revelar sobre las preexistencias padecidas hubiese llevado al ente asegurador a asumir el riesgo en condiciones más onerosas o tomar la determinación de no contratar.

Sobre tal aspecto, se reitera que ante la omisión de información del tomador del seguro en torno a preexistencias, la legislación es clara en determinar que ello por sí solo no da lugar a la invalidación relativa de la negociación, pues por un lado, puede que la aseguradora haya conocido real o presuntamente el estado del riesgo, o aceptado tácita o expresamente los vicios que se presentaron al momento de la declaración de asegurabilidad, casos estos que implican que el engaño no se configuró, sino que el mismo se dio por superado, y por ende, se entienda saneada la irregularidad negocial presentada.

No obstante, cuando ninguno de tales eventos acaece y, por ende, no se presenta el saneamiento de la causal de nulidad relativa del negocio, jurisprudencialmente, se ha definido que en estos casos solamente perderá eficacia el contrato de seguros cuando el vicio en la declaración del riesgo es relevante, esto es, que recaiga *"sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo"*<sup>5</sup>.

Entonces, como no es simplemente el hecho de haberse omitido información referente a preexistencias médicas lo que da lugar a la invalidación relativa del negocio jurídico, sino que adicionalmente, dicho ocultamiento verse sobre circunstancias relevantes, el ente asegurador que pretende la declaratoria de la nulidad relativa del contrato ya vía acción o vía de excepción de mérito, deberá acreditar la reticencia o inexactitud y la incidencia del vicio en el consentimiento, y es por ello, que deberá acreditar cómo, en su calidad de asegurador, en el caso de haberse conocido la información omitida, se habría

---

<sup>5</sup> Corte Constitucional, sentencia C-232 del 15 de mayo de 1997. Citada en sentencia SC3791-2021 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia.

sustraído de celebrar el negocio jurídico o de realizarlo pero en condiciones más onerosas<sup>6</sup>.

Frente a la tesis en mención la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC3791-2021, precisó:

*"El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador.*

*Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato»<sup>7</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”.*

En el caso concreto, como se dijo con antelación no existe discusión respecto de la inexactitud en la que incurrió el demandante al realizar la declaración de asegurabilidad, pues se sustrajo de informar que con antelación a la misma le había sido diagnosticado dislipidemia, enfermedad coronaria, cateterismo cardiaco, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica y antecedentes de revascularización cardiaca; en consecuencia, resulta claro entonces que se encuentran acreditadas tanto la reticencia como la mala fe, pues conforme al precedente citado, probado uno a su vez se acredita el segundo supuesto.

Frente al supuesto de la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento, para la Sala al analizarse la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional del 15 de febrero de 2019, se colige que las deficiencias motivo de calificación fueron las concernientes a la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y enfermedad coronaria severa de 3 vasos.

---

<sup>6</sup> Sentencia SC3791-2021.

<sup>7</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».

Asimismo, se tiene que, la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria padecida dieron como resultado un porcentaje total de deficiencia del 53.76%, lo que conllevó a que se calificara la pérdida de la capacidad laboral en 53.08%.

Nótese de lo anterior, que la declaratoria de invalidez por enfermedad común dictaminada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, se basó precisamente en las enfermedades respecto de las cuales el demandante calló al momento de realizar la declaración de asegurabilidad.

En tal sentido, es claro para la Sala que en el presente asunto existe una íntima relación entre la información que fue objeto de ocultamiento por parte del tomador del seguro, y el riesgo que se pretende sea indemnizado, pues la invalidez se estructuró por virtud de las patologías padecidas por el señor Adames y de las cuales era conocedor antes de la celebración de los negocios jurídicos y frente a las que no hizo reporte alguno cuando era su deber en virtud del principio de buena fe que enmarca el contrato de seguro, y cuando sobre tal aspecto fue cuestionado al rendir la declaración de asegurabilidad.

Adicionalmente, la entidad aseguradora llamó a juicio en calidad de testigo técnico al médico especialista en medicina física y rehabilitación, salud ocupacional y medicina laboral, doctor César Carvajal Anzoátegui, quien al rendir su declaración, afirmó que, las patologías que fueron objeto de calificación para la determinación de la pérdida de capacidad laboral le fueron diagnosticadas al actor en el 2007 y 2009. Adicionalmente, señaló que al paciente se le practicó un cateterismo cardiaco por virtud de la patología que le afecta a nivel de las arterias coronarias; que en el año 2009 luego de que se le realizara una arteriografía se ordenó la práctica de una angioplastia; situaciones estas que considera impactan y ponen en riesgo la vida del paciente y, por ende, llevan a una pérdida de la capacidad de la persona en su desempeño. Que las patologías fueron identificadas de manera previa a la toma de las pólizas, pues desde el año 2007 el paciente tenía conocimiento de su padecimiento y participó tanto en el diagnóstico como en el procedimiento quirúrgico que se le realizó.

Indica además que, estas patologías además de ser previas eran de muy alta relevancia o impacto, pues cuando la persona padece de la enfermedad que sufre el demandante, se disminuye la condición de salud y eso se ve reflejado en la calificación de la junta, entonces en estos casos ya no es un riesgo presunto, sino un riesgo materializado, o sea, ya está presente, es un riesgo objetivable y medible, pues ya se conoce el estado de salud de la persona.

Y por último, refirió que, las condiciones de desempeño de la persona, tanto en su órbita laboral como personal, está dada por el control que se realice sobre las patologías; que adicionalmente hay que tener en cuenta la condición de tolerancia que presente la persona a ciertos riesgos, pero obviamente tiene una serie de restricciones en su desempeño, en su movilidad, en la actividad que la persona despliega, y no en vano la calificación es de un 53%, lo cual indica que él está muy comprometido en su desempeño funcional, relacional, de vida social y laboral, pues de lo contrario no se habría calificado un porcentaje tan alto en la pérdida de capacidad laboral. De igual manera, si sus enfermedades no hubiesen tenido un alto impacto en su desempeño, él no hubiese tenido necesidad de someterse a procedimientos médicos o quirúrgicos como el que le fue practicado. Entonces, a pesar de que las personas pueden llevar una vida relativamente funcional, obviamente está limitado o restringido en el desempeño de todas las actividades tal y como lo reflejó el dictamen.

De lo expuesto por el deponente se colige entonces que, dada la magnitud de la enfermedad coronaria padecida por el actor, el riesgo asegurable para el momento en el que se celebró la negociación no era presunto, sino que ya se encontraba materializado, y, conforme a lo expuesto por el testigo técnico, era objetivable y medible, lo que denota entonces que el ocultamiento de la información por parte de José David Adames al momento de realizar la declaración de asegurabilidad, conllevó a que el contrato se celebrara bajo el supuesto de que el tomador del seguro era una persona completamente sana, y por ende, no existía ninguna manifestación de la posible ocurrencia del riesgo, cuando lo cierto era que el contratante padecía de enfermedades de tal magnitud que incluso antes de la suscripción de las pólizas de seguros de vida deudores No. 0110043 del 25 de mayo de 2018 y 00130361914000125941 del 26 de

noviembre de 2019, el riesgo ya se había concretado, pues de conformidad con el dictamen de pérdida de capacidad laboral de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, la estructuración de la invalidez del paciente se dio el 18 de diciembre de 2017.

En tal sentido, para la Sala, contrario a lo aseverado por el recurrente, en el caso concreto sí se encuentran demostrados los supuestos necesarios para que proceda la nulidad relativa del contrato de seguros de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1058 del Código de Comercio, en tanto está plenamente probada la reticencia que cometió el tomador al momento de rendir la declaración de asegurabilidad y su consecuente mala fe al momento de celebrar los negocios jurídicos con la entidad demandada; así mismo, se encuentra acreditado el supuesto concerniente a que la inexactitud que se presentó incidió en la emisión del consentimiento por parte de la aseguradora, quien en virtud de las respuestas dadas por el tomador del seguro, al aseverar que no sufría ningún tipo de enfermedad -padeciendo unas de tipo cardíaco las que por demás eran de gran magnitud- hizo que la aseguradora, basada en las respuestas dadas en el cuestionario presentado, se reservará la potestad de requerir la realización de exámenes médicos para esclarecer el verdadero estado del riesgo y, con ello, determinar la pertinencia o no de la celebración del contrato de seguro.

Conforme a lo anterior, considera la Sala, al igual que el juez de primera instancia, que en el caso concreto la inexactitud presentada en la etapa precontractual del convenio de asegurabilidad, da lugar a la nulidad relativa de los negocios jurídicos suscritos entre José David Adames y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., razón por la que se confirmará la sentencia proferida el 21 de noviembre de 2021 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva.

### **COSTAS**

De conformidad con lo previsto en el numeral 1º del artículo 365 del Código General del Proceso, se condenará en costas de segunda instancia a José David Adames.

## **DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto Sala Tercera de Decisión Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

## **RESUELVE**

**PRIMERO-. CONFIRMAR** la sentencia proferida el 21 de noviembre de 2021 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO-. CONDENAR** en costas en esta instancia a la parte demandante, en favor de parte demandada.

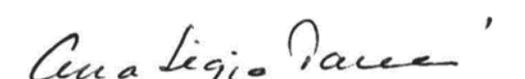
## **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**GILMA LETICIA PARADA PULIDO**  
Magistrada



**EDGAR ROBLES RAMÍREZ**  
Magistrado



**ANA LIGIA CAMACHO NORIEGA**  
Magistrada

Firmado Por:

**Gilma Leticia Parada Pulido**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala Civil Familia Laboral**  
**Tribunal Superior De Neiva - Huila**

**Edgar Robles Ramirez**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala Civil Familia Laboral**  
**Tribunal Superior De Neiva - Huila**

**Ana Ligia Camacho Noriega**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala 003 Civil Familia Laboral**  
**Tribunal Superior De Neiva - Huila**

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: **71fd874efb910936acfc2cd99d90b0d5033e4d5dba707a59ee7f38bfdace1830**

Documento generado en 17/01/2023 04:17:40 PM

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