

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL  
DE NEIVA**



**SALA CIVIL FAMILIA LABORAL**

**MAGISTRADA PONENTE: GILMA LETICIA PARADA PULIDO**

**ACTA NÚMERO: 1 DE 2023**

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

**PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL PROPUESTO POR ANDREA ESTEFANÍA VIVEROS PEÑA, MARLON FERNEY VIVEROS PEÑA Y RENÉ VIVEROS GUTIÉRREZ CONTRA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. RAD. No. 41001-31-03-005-2019-00053-01. JUZ. 5º 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 demandada contra la sentencia proferida el 10 de diciembre de 2021 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva, dentro del proceso de la referencia.

**ANTECEDENTES**

Andrea Estefanía Viveros Peña, Marlon Ferney Viveros Peña y René Viveros Gutiérrez, hijos y cónyuge supérstite, respectivamente, de Francy Milena Peña Morales (q.e.p.d.), a través de apoderado judicial presentaron demanda de responsabilidad civil contractual contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a fin de que se declare *"la existencia del contrato de seguros entre FRANCY MILENA PEÑA MORALES quien suscribió junto al Banco BBVA S.A. con la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., una(s) póliza(s) de seguro de vida grupo deudores para amparar la*

*Proceso Responsabilidad Civil Contractual de Andrea Estefanía Viveros Peña y otros contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Rad. No. 41001-31-03-005-2019-00053-01. Juz. 5º Civil del Circuito de Neiva (H).*

*obligación contraída con la entidad financiera en caso de muerte, invalidez o incapacidad permanente de más del 50% como amparos básicos y/o] entre otras enfermedades que indica la póliza”, e “infundada la objeción propuesta por la aseguradoras BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., respecto a la reclamación formulada por el(los) actor(es)...”.*

Adicionalmente, pretenden que se condene a la accionada a “pagar el valor asegurado correspondiente a las deudas o créditos personales entre ellos destaca los siguientes: Crédito Hipotecario y/o consumo N° 001307487696600258001 cuyo saldo está por \$123.452.566 (...) un crédito de libre inversión y/o consumo N° 00130650-9600248008 cuyo saldo está por \$24.850.420” y “pagar a favor del Banco BBVA S.A. los intereses moratorios causados por el no pago de la indemnización (...) desde la fecha del siniestro (fecha de estructuración [u] objeción) hasta que se cumpla con el pago de las deudas o créditos personales mencionados anteriormente”.

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

Que Francy Milena Peña Morales y René Viveros Gutiérrez contrajeron matrimonio el 21 de marzo de 1992, unión de la cual nacieron Andrea Estefanía Viveros Peña y Marlon Ferney Viveros Peña.

Que, en vida, Francy Milena Peña Morales adquirió diversos créditos con el Banco BBVA S.A., a saber: (i) el crédito hipotecario y/o de consumo No. 001307487696600258001, cuyo saldo insoluto es de \$123.452.566; y (ii) el crédito de libre inversión y/o consumo No. 00130650-9600248008, cuyo saldo insoluto es de \$24.850.420; para lo cual garantizó el pago de dichas obligaciones con sus activos -a través de garantías hipotecarias o prendarias- y suscribió igual cantidad de contratos de seguros de vida deudores, en los que la compañía aseguradora no adelantó exámenes médicos ni indagó acerca de las dolencias o enfermedades que padecía la tomadora.

Refieren que los aludidos seguros de vida deudores amparaban los riesgos de vida e incapacidad total y permanente. Que el beneficiario de las pólizas es el Banco BBVA Colombia S.A. con el objeto de garantizar el pago de las obligaciones a cargo de la señora Peña Morales.

Señalan que la tomadora falleció el 9 de mayo de 2018. Afirman que, en consecuencia, el cónyuge superviviente y los hijos demandantes, solicitaron a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. que se hicieran efectivas las pólizas de seguros antes mencionadas, a lo cual la compañía aseguradora dio respuesta el 16 de julio de 2018, en el sentido de objetar el pago de la indemnización de las obligaciones Nos. 00130748769600258001 y 00130650-9600248008, por no existir cobertura de los riesgos dada la configuración de una exclusión, al no haberse manifestado los antecedentes de salud al momento de la suscripción.

Sostienen que se evidencia la publicidad engañosa y la falta al deber de información, por parte de la compañía aseguradora, al no efectuar una conducta diligente de cara a solicitar la historia clínica de la deudora o al menos exigirle la realización de exámenes médicos y así conocer el estado del riesgo.

El Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva mediante providencia de 13 de marzo de 2019, admitió la demanda incoada contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Por auto proferido en audiencia de 21 de mayo de 2021, el *a quo* decretó la nulidad de lo actuado, por indebida notificación (art. 133.8 del C.G.P.), y ordenó la vinculación como litisconsorte necesario del Banco BBVA Colombia S.A., en tanto beneficiario de las pólizas suscritas con la compañía aseguradora.

Corrido el traslado de rigor, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. al contestar la demanda, afirmó oponerse a la prosperidad de las pretensiones, tras afirmar que los contratos de seguros objeto de la causa se encuentran inmersos en nulidad relativa, al haber incurrido Franci Milena Peña Morales 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 Franci Milena Peña Morales omitió declarar sus padecimientos debidamente diagnosticados y registrados en la historia clínica, de acuerdo con la cual para el 25 de noviembre de 2015 y el 5 de mayo de 2017 ya sufría de las patologías de hipertensión arterial (HTA), antecedentes vasculares (estenosis renal), migrañas y gastritis o úlcera

más esofagitis, sumado a las intervenciones quirúrgicas practicadas en 2007 (angioplastia renal por estenosis renal) y 2009 (apendicectomía); lo anterior, pese a que en las declaraciones de asegurabilidad que amparaban los créditos, se le indagó sobre el particular; ii) Prescendencia 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) Inexistencia de la obligación; al encontrarse demostradas las excepciones anteriormente propuestas, a la entidad aseguradora no le asiste obligación alguna para con la parte actora; y iv) 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.

Por su parte, el Banco BBVA Colombia S.A. no dio contestación a la demanda, pero sí allegó un escrito (archivo "13. JUNIO 10 Respuesta Requerimiento BBVA Oficio 40. Rad. 20190005300 (2)"), a través del cual (i) certificó las personas que asesoraron a Francly Milena Peña Morales en la adquisición de los créditos amparados; (ii) precisó el estado de las referidas obligaciones financieras, indicando el valor pagado a la fecha; y (iii) señaló los negocios jurídicos de la causante con dicha institución, así como el monto condonado o pagado por la compañía aseguradora.

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

*"PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las exceptivas de mérito denominadas reticencia y nulidad del contrato de seguros, prescindencia del examen médico, inexistencia de la obligación, presentada[s] por el apoderado de la parte demandada, dadas las anteriores consideraciones.*

*SEGUNDO: DECLARAR que entre la señora FRANCY MILENA PEÑA MORALES QEPD y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMIBA SA se celebró una póliza de vida de deudores, para garantizar unos amparos frente a unos créditos hipotecarios y de libre inversión suscrito con el BANCO BBVA, dadas las anteriores consideraciones.*

*TERCERO: En consecuencia, se dispone DECLARAR infundada la objeción presentada a la reclamación por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA., y como consecuencia de lo anterior, RECONOCER Y ORDENAR el pago a favor de los demandantes, ANDREA ESTEFANÍA VIVEROS PEÑA, MARLON FERNANDO VIVEROS PEÑA, [q]uien [en este] proceso viene siendo representad[o] por la Sra. MERLY MORALES PEÑA[,] y RENÉ VIVEROS GUTIÉRREZ, las siguientes sumas de*

*dinero, a título de saldo de las obligaciones así: A. Por el crédito hipotecario número 00130748769600258001, un saldo correspondiente a \$123.452.556. B. Por el crédito de libre inversión o de consumo número 01306509600248008 un saldo insoluto de \$24.850.420. Valores estos que vuelvo y reitero corresponden a los saldos insolutos al momento de efectuarse la reclamación efectiva.*

*CUARTO: RECONOCER a favor de los demandantes ANDREA ESTEFANÍA VIVEROS, MARLON VIVEROS PEÑA, [q]uien [en este] proceso viene siendo representad[o] por la Sra. MERLY MORALES PEÑA[,] y RENÉ VIVEROS GUTIÉRREZ, intereses moratorios desde el momento en que se hace la reclamación; intereses moratorios que corresponde[n] al mes en que se hizo la reclamación conforme al interés bancario corriente que para ese mes estaba vigente, y que fuera señalado por la Superintendencia Financiera de Colombia.*

*QUINTO: CONDÉNESE en costas a la parte demandada en es[t]e asunto y a favor de la parte demandante; para lo cual se fija es en derecho, en la suma de \$6.800.000 suma esta que se incluirá en la correspondiente liquidación”.*

Para arribar a tal decisión, consideró que si bien los demandantes, ni la demandada, allegaron la póliza de seguro de vida deudores, esta sí se encontró acreditada, a partir de la conducta procesal de las partes, que implícitamente dieron por descontada la existencia de dicho negocio jurídico; el cual tenía por objeto respaldar los créditos alegados por la parte activa. Destacó que la compañía aseguradora no allegó la referida póliza, ni las condiciones generales del seguro, pese a que fue requerida de conformidad, lo que impidió constatar si las afecciones de la tomadora eran causales suficientes para el rechazo u objeción de la reclamación.

De otro lado, aseveró que analizada la historia clínica aportada por el extremo pasivo, efectivamente Francly Milena Peña Morales, al momento de suscribir el contrato de seguro, presentaba unas anomalías de salud, desde los 18 años, cuando se le practicó una intervención quirúrgica; lo que explica que posteriormente, teniendo 48 años, sufriera de cólicos abdominales, consecuencia de la afección renal, mas no de una insuficiencia cardiaca, o de la hipertensión arterial.

Respecto de esta última dolencia, que se detectó en el año 2006 y venía siendo tratada con un medicamento, estimó que la tomadora asumió una actitud desprevenida al momento de suscribir el referido contrato de seguro, un error inculpable, mas no de mala fe, lo que permite concluir que la pretensión de nulidad no tiene vocación de prosperidad. Subrayó, bajo esa perspectiva, que la

carga de la prueba en torno a la mala fe de la contratante, recaía en la compañía aseguradora, circunstancia que no aparece demostrada en el *sub examine*.

Adicionalmente, señaló que una vez suscrito el contrato, la aseguradora sí pudo indagar sobre las condiciones de salud de la tomadora; pero no lo hizo, conforme lo preceptúa el artículo 1058 del Código de Comercio.

Subrayó, como argumento al margen, que con el seguro contratado, se estaba amparando la vida de la tomadora, mas no su salud. En esa medida, el siniestro que daba lugar al amparo, se materializaba con la muerte de Francy Milena Peña Morales, la que está plenamente acreditada. Bajo ese derrotero, consideró que mal podría haberse indagado acerca de las condiciones de salud de dicha señora, en tanto el objeto del seguro no era tal.

Por último, estimó que el testigo técnico no se refirió a todas las enfermedades padecidas por la tomadora, lo que desvirtuaría su valor probatorio.

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

### **FUNDAMENTOS DEL RECURSO**

La parte demandada solicita que se revoque la sentencia de primera instancia y, en su lugar, se declaren probadas las excepciones de mérito formuladas. Como sustento, aduce que el *a quo* se equivocó al señalar que es obligación del asegurador probar la mala fe del solicitante del seguro, para que salga avante la nulidad del contrato, cuando el simple error es suficiente para estructurar dicha exceptiva.

Así, dado que el juzgador advirtió que, efectivamente, Francy Milena Peña Morales no reveló los padecimientos de salud que sufría con anterioridad a la suscripción de las pólizas de seguros de vida deudores, ello no podía catalogarse como un 'error inculpable', en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, pues la tomadora sí tenía conocimiento de los antecedentes médicos

relevantes y, por ende, que no los hubiera comunicado, constituye una conducta omisiva, una distorsión de la realidad en torno al estado del riesgo que se trasladaba a la aseguradora.

Señala que el juez de primer orden inaplicó el precedente constitucional de la Sentencia C-232 de 1997, según el cual, no existe la obligación precontractual del asegurador de inspeccionar e indagar sobre todos los riesgos que se le proponen, pues nadie está obligado a lo imposible; y en específico, no está obligado necesariamente a practicar exámenes médicos.

Advierte que erró el *a quo* al concluir que la compañía aseguradora no había cumplido con la carga dinámica de la prueba, omitiendo que junto con la contestación de la demanda, aportó la certificación de asegurabilidad, el contrato matriz del seguro de vida deudores del Banco BBVA y el manual de las políticas de extraprimas cuando el solicitante manifiesta antecedentes médicos relevantes.

Asevera que, contrario a lo sostenido en la sentencia impugnada, el seguro de vida deudores no es una garantía, sino una modalidad particular del contrato de seguro, en la cual es indispensable que el tomador declare el verdadero estado del riesgo, conforme al artículo 1058 del C. de Co., so pena de la nulidad del negocio jurídico en cuestión. Esa omisión comporta, adicionalmente, el resquebrajamiento de la buena fe que es exigible en estos casos.

Por último, menciona que en el evento en que se confirme la condena, esta solo debe extenderse hasta el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento, de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera, y no al monto del crédito otorgado ni a un saldo determinado para otra fecha. Así mismo, los intereses en favor de los herederos no serían procedentes, pues el único beneficiario de los saldos insolutos -con intereses- es el banco, por lo que de mantener la decisión de primer orden, se generaría una doble condena de intereses; cuya causación, aclara, surge desde que se vence el plazo legal de un mes contado a partir de la formalización de la reclamación, y no desde la reclamación misma (art. 1080 del C. de Co.), en oposición a lo dispuesto por el *a quo*.

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 pasiva, el estudio en el presente caso se circunscribirá a determinar, en primer término, si se encuentra configurada la causal de nulidad relativa del contrato de seguro contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio; o si por el contrario, como lo sostuvo el *a quo*, al no haberse acreditado la mala fe de la reticencia, la omisión de la tomadora del seguro a la hora de indicar las enfermedades preexistentes, por sí sola no da lugar a la invalidez relativa del negocio jurídico celebrado.

Así mismo, de ser procedente, se estudiarán los demás reparos elevados por el recurrente, en su orden, la carga dinámica de la prueba en torno al aporte de la póliza de seguro de vida deudores; su diferencia con el seguro de salud; la inasegurabilidad de la incertidumbre subjetiva y, por último, la improcedencia del monto de la condena y de los intereses fijados por el *a quo*.

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 ubérrima 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 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 de vida deudores entre BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y

<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.

<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.

Francy Milena Peña Morales; tampoco se debate en esta instancia que al momento de suscripción de dichos negocios jurídicos -25 de noviembre de 2015 y 5 de mayo de 2017, según lo afirmado en la contestación- padecía con bastante antelación las siguientes patologías y se había sometido a intervenciones quirúrgicas, conforme a la historia clínica aportada por la compañía aseguradora, así: hipertensión arterial (HTA), migrañas, antecedentes vasculares, gastritis o úlcera más esofagitis, angioplastia renal por estenosis renal y apendicectomía.

En tal sentido, solamente está en discusión en sede de segunda instancia si como lo sostuvo el *a quo*, era deber de la compañía aseguradora demostrar la mala fe de la tomadora al momento de realizar la declaración de asegurabilidad y si la omisión de revelar sobre las preexistencias padecidas la hubiese llevado 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>.

---

<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.

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 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 previamente no existe discusión respecto de la inexactitud en la que incurrió Francly Milena Peña Morales al realizar la declaración de asegurabilidad, pues se sustrajo de informar que con antelación a la misma le había sido diagnosticada hipertensión arterial (HTA), estenosis renal, migrañas y gastritis o úlcera más esofagitis, además de habersele practicado una angioplastia renal y una apendicectomía<sup>8</sup>; en consecuencia,

---

<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».

<sup>8</sup> Así se verifica con las declaraciones de asegurabilidad que obran a folios 15 y 16 del archivo “14. junio 21 CONTESTACION DEMANDA ANDREA ESTEFANIA RIVERO numerado (4)”, en las que específicamente se le preguntó

resulta claro 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 las declaraciones rendidas por las partes, así como el testimonio técnico recabado en sede de primera instancia, se colige que la causa de la muerte de Francy Milena Peña Morales estuvo íntimamente relacionada con las enfermedades respecto de las cuales 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 de la tomadora del seguro, y el riesgo que se pretende sea indemnizado, pues el deceso de Francy Milena Peña Morales tuvo por causa las patologías padecidas por aquella y de las cuales era conocedora 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 cuestionada al rendir la declaración de asegurabilidad.

Así se afirma, porque al ser indagada sobre la razón del fallecimiento de su progenitora, Andrea Estefanía Viveros manifestó que obedeció a *"muerte natural, fue en la casa, fue un derrame cerebral"*<sup>9</sup>; de igual modo, René Viveros Gutiérrez indicó que Francy Milena murió por un *"derrame cerebral, eso fue lo último que creo que dictaminó la medicina legal... como una muerte súbita, yo estaba en el... pues ella entró al baño y se desvaneció en el baño, eso fue súbito"*<sup>10</sup>.

Estas declaraciones se enlazan con lo expresado por el doctor César Augusto Carrascal Anzoategui, médico cirujano y experto en salud ocupacional, quien al analizar la historia clínica de Francy Milena, concluyó que la consecuencia más

---

si *"Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica"*, ha sufrido *"dolores de cabeza frecuentes"*, *"dolor en el pecho, tensión arterial alta"* y *"enfermedades renales"*, a lo que marcó NO en la columna dispuesta para ese efecto.

<sup>9</sup> Minuto 20:59 del archivo *"36. 2019-00053 AUDIENCIA INICIAL -20211210\_101041-Grabación de la reunión.mp4"*.

<sup>10</sup> Desde el minuto 36.51 *ibidem*.

inminente de la hipertensión arterial (HTA), es precisamente el sufrimiento de un eventual derrame cerebral:

“... toda la información que yo obtengo la obtengo a la historia clínica que me fue aportado, allí se evidencia y se registra que la señora Francy presentaba, presentó para el año 1991 una intervención quirúrgica por padecer un estrechamiento, una estenosis renal, la cual requirió un manejo quirúrgico, fue intervenida quirúrgicamente y se realiza una corrección de una plastia arterial, dada la implicación que ello puede tener en el futuro de la salud de la persona, se hace una corrección quirúrgica, obviamente mejora la condición existiendo obviamente el riesgo de que genere daño del riñón, las implicaciones del daño del riñón que se van manifestando poco a poco y de manera progresiva a lo largo del tiempo. Esa corrección es una corrección relativa porque obviamente cualquier intervención quirúrgica que se realice puede generar cicatrices, cicatrices que pueden ir estrechando nuevamente la luz del vaso sanguíneo que fue corregido, las manifestaciones (...), principalmente la hipertensión arterial, el daño de hipertensión arterial que se va generando de manera progresiva y las consecuencias que puede tener un daño renal, **el daño por hipertensión arterial es el impacto sobre los órganos blancos que tiene el organismo, órganos blancos que en medicina están claramente definidos que son el cerebro, el corazón, el riñón y la visión, son las consecuencias que va generando una hipertensión arterial, a nivel cerebral pues el daño más frecuentemente encontrado y epidemiológica y estadísticamente identificado es el derrame cerebral, es la consecuencia más frecuente que se encuentra como por ocasión de la hipertensión arterial,** a nivel del riñón pues la insuficiencia renal que es una enfermedad catastrófica por lo que ello implica, y a nivel cardíaco por los infartos agudos del miocardio que se producen y a nivel de ojo que son las otras alteraciones que produce la hipertensión arterial pues corresponden a la retinopatía diabética que va perdiendo la persona la visión lenta y progresivamente. Esto fue lo que yo identifiqué, la presencia de una hipertensión arterial registrada allí que estaba controlada, estaba con medicación y la corrección quirúrgica que se realizó en el año 1998”<sup>11</sup>.

De lo expuesto por el deponente se colige entonces que, en vista de los antecedentes quirúrgicos y patológicos de Francy Milena Peña Morales, el riesgo asegurable para el momento en el que se celebró la negociación no era presunto, sino que ya se encontraba materializado -pues incluso consumía un fármaco para el control de la hipertensión arterial<sup>12</sup>-, y, conforme a lo expuesto por el testigo técnico, era previsible que pudiera desencadenar en el derrame cerebral que finalmente le arrebató la vida; lo que denota entonces que el ocultamiento de la información por parte de la tomadora del seguro al momento de realizar la declaración de asegurabilidad, conllevó a que el contrato se celebrara bajo el supuesto de que era una persona completamente sana, y por ende, no existía ninguna manifestación de la posible ocurrencia del riesgo, cuando lo cierto era

<sup>11</sup> Minutos 1:25:28 a 1:28:15 *ibidem*

<sup>12</sup> Así lo expuso la hija de Francy Milena, quien ante la pregunta “Sírvese informar al despacho, de conformidad con lo expuesto, en la cual usted manifiesta que su mamá sufría de hipertensión arterial, qué medicamentos tomaba para el control de la misma”, contestó “Ella tomaba... Enalapril” (minuto 30:45 *ibidem*).

que la contratante padecía de enfermedades de tal magnitud que habían ameritado intervenciones quirúrgicas.

Así las cosas, para la Sala, en línea con el recurrente, se concluye que 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 la tomadora 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 la tomadora del seguro, al aseverar que no sufría ningún tipo de enfermedad -padeciendo hipertensión arterial (HTA)- hizo que la aseguradora, basada en las respuestas dadas en el cuestionario presentado, se reservara 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, en el *sub examine* la inexactitud presentada en la etapa precontractual del convenio de asegurabilidad, da lugar a la nulidad relativa de los negocios jurídicos suscritos entre Francy Milena Peña Morales y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., razón por la que se revocarán los numerales 1º, 3º, 4º y 5º de la parte resolutive de la sentencia proferida el 10 de diciembre de 2021 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva y, en su lugar, se declarará probada la excepción de mérito denominada "*Reticencia y nulidad del contrato de seguros artículo 1058 del C. Co.*".

### **COSTAS**

De conformidad con lo previsto en el numeral 4º del artículo 365 del Código General del Proceso, se condenará en costas en ambas instancias a la parte demandante.

## 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.- REVOCAR** la sentencia proferida el 10 de diciembre de 2021 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva, y en su lugar, **DECLARAR PROBADA** la excepción de mérito denominada "*Reticencia y nulidad del contrato de seguros artículo 1058 del C. Co.*", conforme a lo expuesto.

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

## NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



**GILMA LETICIA PARADA PULIDO**  
Magistrada



**ENASHEILLA POLANÍA GÓMEZ**  
Magistrada



**EDGAR ROBLES RAMÍREZ**  
Magistrado

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**

**Enasheilla Polania Gomez**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala 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: **cadd11f4136afdedff8ce13a79beea0a95d95b0880e4c37d55c026aa9589b4bc**

Documento generado en 17/01/2023 04:17:28 PM

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