

**BBVA521 - SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN - YAMIN SUAREZ OÑATE VS  
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

olfap@ompabogados.com <olfap@ompabogados.com>

Vie 26/04/2024 11:39

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - La Guajira - San Juan Del Cesar <j01ctoclsjuan@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
CC: Carlos Miguel Medina Mendoza <cmedina@ompabogados.com>

 1 archivos adjuntos (2 MB)

BBVA521 - SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN.pdf;

No suele recibir correos electrónicos de olfap@ompabogados.com. [Por qué esto es importante](#)

Señores

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO  
SANJUAN DEL CESAR – LA GUAJIRA**

E. S. D.

**REF.: PROCESO VERBAL**

**DEMANDANTE: YAMIN SUAREZ OÑATE**

**DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

**RAD: 44279408900120200015201**

Por medio del presente correo, me permito enviar adjunto los siguientes documentos, relacionados con el proceso de la referencia en formato PDF:

1. SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN PDF. (8 folios).

Ratificamos que el Dr. OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS podrá ser notificado en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al correo electrónico [olfap@ompabogados.com](mailto:olfap@ompabogados.com) y al número de celular 310 632 2829.

Solicito por favor enviar acuse de recibo del presente correo.

Cordialmente,

Soluciones con  
experiencia y calidad.



**OMP**  
ABOGADOS

# Olfa Pérez Orellanos

Socia Fundadora

+57 3106322829

operez@ompabogados.com

+57(605) 3225281 - Barranquilla

+57(605) 5732796 - Valledupar

+57(604) 7862346 - Montería

+57(601) 9156024 - Bogotá

> [www.ompabogados.com](http://www.ompabogados.com)



PREMIO A FIRMA MÁS  
ATRACTIVA PARA EL TALENTO  
LACOM





OMP  
ABOGADOS

Señores

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO  
SANJUAN DEL CESAR – LA GUAJIRA**

E. S. D.

**REF.: PROCESO VERBAL**

**DEMANDANTE: YAMIN SUAREZ OÑATE**

**DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

**RAD: 44279408900120200015201**

**OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS**, mujer, mayor de edad, vecina de la ciudad de Barranquilla, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** mediante el presente escrito, me permito sustentar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia de primera instancia proferida en la audiencia de instrucción y juzgamiento realizada el 17 de noviembre de 2023, de conformidad con lo normado en el artículo 322 del Código General del Proceso.

Sea lo primero solicitarle al señor Juez, REVOCAR en todas sus partes la SENTENCIA de primera instancia proferida en la audiencia de instrucción y juzgamiento realizada el 17 de noviembre de 2023 con base a los siguientes reparos:

**I. RESPECTO A LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**

Discrepa en su totalidad esta apoderada judicial acerca de las consideraciones del Juzgado Promiscuo Municipal de Fonseca, en cuanto a no declarar probada la excepción denominada “PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO”, Pues el despacho de manera confusa en las consideraciones de su decisión no establece las fechas exactas sobre las cuales basa la negación de nuestros argumentos expuestos, dejando de lado que es evidente que en el presente caso ha operado el fenómeno de la prescripción como a continuación se explica:

En materia de seguros, cuestión sobre la cual trata este proceso, el fenómeno jurídico de la prescripción se encuentra inmerso en el Artículo 1081 del Código de Comercio, el cual dispone:

*“Art. 1081 C. de Co.: - La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

*La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.*



*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes”.*

El artículo 1081 del Código de Comercio, dispone de un régimen dual de prescripción, la cual, de conformidad a la doctrina autorizada, son independientes una de la otra y su aplicación entre una y el otro tipo de prescripción obedece a un factor subjetivo y no a potestad del “interesado” para elegir el tipo prescriptivo que más le favorezca.

El profesor Hernán Fabio López Blanco, quien es uno de los más autorizados exponentes patrios, en su libro titulado “Comentarios al Contrato de Seguro” señala lo siguiente: “ (...) no es posible elegir entre las dos prescripciones ya que ellas tienen bases precisas para su cómputo, que corren independientemente de la voluntad de las personas vinculadas al contrato y se debe estar prioritariamente a la prescripción ordinaria si se estructuran las bases para su aplicación, porque la extraordinaria tan solo se considera cuando no existe los supuestos par el cómputo de la ordinaria”.

La Superintendencia Financiera de Colombia en el Concepto: 1999035395-2 de fecha 20 de agosto de 1999, con respecto a la prescripción ordinaria y extraordinaria, expuso lo siguiente:

*“En relación con la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, con ponencia del doctor José María Esguerra Samper en sentencia del 4 de julio de 1977, afirmó que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea, una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro.*

*En efecto, en la mencionada sentencia el citado órgano sostuvo: “a) El de la ordinaria (...) Este hecho no es, no puede ser otro, que el **siniestro**, entendido éste, según el artículo 1072 ibídem, como ‘la realización del riesgo asegurado’. b) El de la extraordinaria comienza a correr ‘(...) desde el momento en que nace el respectivo derecho’ expresión ésta que sin duda alguna equivale a la que emplea el segundo inciso del artículo que se comenta. El derecho a la indemnización nace para el asegurado o el beneficiario, en su caso, en el momento en que ocurre el hecho futuro e incierto a que estaba suspensivamente condicionado, o lo que es lo mismo, cuando se **produce el siniestro**” (resaltado fuera del texto original).*

*Definida la identidad de las dos expresiones aludidas con el concepto “siniestro”, tenemos que cuando se trata de acciones dirigidas a exigir del asegurador la indemnización pactada por haber operado el amparo, el término de prescripción ordinaria empezaría a contar desde el momento en que el asegurado o el beneficiario conocieron o han debido conocer el siniestro, de tal suerte que si el conocimiento ocurrió el mismo día, desde ese momento empieza a computar el término de prescripción; si por el contrario, conocieron su ocurrencia en una fecha posterior, y no existe razón alguna para que lo hubiesen conocido*



*antes, sería a partir de la fecha de tal conocimiento cuando empiezan a correr los dos años de la prescripción. (resaltado fuera del texto original).*

*Sobre el particular, el tratadista Hernán Fabio López Blanco en su obra “Contrato de Seguro”, Editorial Dupré Editores Ltda., 3a. edición, página 244 afirma que “el alcance global del numeral regulador de la prescripción extraordinaria, en lo relativo al cómputo, es por completo distinto del de la ordinaria, ya que en aquella lo que se tiene en cuenta es el momento en que ocurrió el siniestro, independientemente de si conoció o debió conocer, mientras que en la prescripción ordinaria la base para el cómputo de los dos años es el momento en que se tuvo, o debió tenerse, conocimiento del hecho que da base a la acción, es decir, del siniestro”.*

*Así las cosas, y siendo la prescripción a la luz del artículo 1625 del Código Civil un modo de extinción de las obligaciones, “debe tenerse presente que, en tanto la prescripción de dos años tiene como prerrequisito el que el interesado haya conocido o debido conocer el siniestro, si ese conocimiento real o presunto no se da en un lapso de cinco años, operará la prescripción extraordinaria” (Ver Carlos Darlo Barrera obra citada. Pág. 146).”*

En el caso en concreto, conforme lo narra los hechos de la demanda y sus anexos, se puede evidenciar de forma palmaria que el hecho que da base a la acción tuvo lugar el **13 de marzo de 2018**, fecha en fue notificado el demandante, conociendo el resultado del dictamen de pérdida de capacidad laboral, razón por la cual desde dicha fecha comenzó a correr el termino de prescripción ordinaria del contrato de seguro.

En este entendido, tenemos que el fenómeno prescriptivo, se configura transcurrido dos años a partir de la fecha de la calificación de pérdida de capacidad laboral, consumándose así dicho termino, el día **13 de marzo de 2020**.

En ese sentido, es evidente que en el presente caso ha operado el fenómeno prescriptivo, y así solicito que el despacho de segunda instancia lo tenga en consideración y se declare ello en la providencia que ponga fin al proceso.

## **II. RESPECTO A LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES NO. 0110043 POR RETICENCIA O INEXACTITUD**

Del mismo modo, discrepa esta apoderada judicial acerca de las consideraciones del Juzgado Promiscuo Municipal de Fonseca, en cuanto a no declarar probada la excepción denominada “NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO POR RETICENCIA O INEXACTITUD”, pues el despacho no tuvo en cuenta las pruebas practicadas a lo largo del proceso donde se constata los antecedentes médicos que padecía la demandante al momento de suscribir el contrato de seguros y que omitió declarar.

Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención a las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. La declaración del estado del riesgo debe tener dos



características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.

La inexactitud presupone una conducta activa del tomador e implica discordancia objetiva entre la declaración expresa (la absolución afirmativa o negativa de una pregunta, la afirmación espontánea de un hecho) y la realidad del hecho o circunstancia sobre que ella recae. La reticencia, en cambio, entraña por definición, una conducta pasiva: es el silencio, es la omisión, el encubrimiento de un hecho o circunstancia sobre los cuales se reclamado la atención del tomador o cuya importancia ha debido motivar su declaración espontánea.<sup>1</sup>

Es decir que la declaración debe ser ajustada a la verdad de la situación de los bienes y las personas; no se deben omitir por parte del candidato al seguro hechos que pudieran afectar la voluntad del asegurador al momento de valorar el riesgo; el candidato al seguro está en mejor condición para conocer el verdadero estado del riesgo y es su deber informarlas al asegurador para que haga una adecuada calificación del riesgo, ya que ésta se sujeta a la información suministrada por el tomador asegurado o beneficiario en su declaración.

El seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de *uberrimae bonae fidei* le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive, en los tratos preliminares también debe observarse so pena de generarse intereses negativos como lo son la nulidad relativa del contrato.

El tratadista Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece al hecho de que “ *el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión*” agregando que la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos, en tal sentido se dice que el seguro es *uberrimae fidei contractus*, esta nota peculiar se manifiesta no solo en la ejecución del contrato, sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador-asegurado del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir<sup>2</sup>.

Ahora bien, el fenómeno de la reticencia en el contrato de seguro se encuentra regulado en el código de comercio, para una mayor ilustración me permito transcribir las normas que la regulan:

**“Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o**

<sup>1</sup> Teoría general del seguro – El contrato. J. Efrén Ossa G. Temis. Pag 330

<sup>2</sup> Joaquín Garrigues, Ob. Cit. Pags 256 y 257



OMP  
ABOGADOS

**inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...** (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)

(...)

*“Art. 1158. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar.”*

Es claro que, por disposición legal, los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. imponen un deber, como imperativo de conducta, en el candidato a asegurado dentro de la póliza dada la especialidad de este contrato, previendo que en caso de incumplimiento en la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo tal situación conlleva a la sanción prevista en el citado artículo 1058.

La sanción prevista en el artículo 1058 del código de comercio se justifica en la medida en que la reticencia o inexactitud en la que incurre el tomador, en la declaración del estado del riesgo, representa un "vicio en el consentimiento del asegurador el cual es inducido a un error en su manifestación de voluntad frente al tomador".

La doctrina sobre el particular ha indicado:

*“Como no es razonable exigir al asegurador el aseguramiento “a ciegas” de los riesgos por cuanto ello desvirtuaría el fundamento técnico de la operación aseguradora –la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades–, y como tampoco será posible en todos o en muchos casos la comprobación directa de los riesgos por asumir, dadas (sic) la dispersión geográfica de los riesgos y las numerosas propuestas de aseguramiento que recibe el asegurador en virtud de la contratación en masa, él que tiene que confiar o tener fe en lo que le manifiesta el candidato a tomador y, por ende, se justifica plenamente la existencia de un régimen especial que regule cabalmente el deber de información a cargo de este último y las consecuencias de su incumplimiento. Ese voto de confianza en lo que manifiesta el candidato a tomador se torna en núcleo fundamental del seguro pues el asegurador, en cierta forma, se abandona, entrega o se pone en las manos de aquel, y estará tranquilo sólo si espera y efectivamente se produce un comportamiento honrado, leal, eficiente, transparente y diligente por parte de quien le proporcionó la información.”<sup>3</sup>*

Igualmente debemos señalar que:

*“No obstante lo aleatorio del contrato, como la ley procura un tratamiento de equilibrio entre el riesgo que asume el asegurador y la contraprestación a cargo del tomador, **las consecuencias de una eventual fractura de esta armonía** pesan no solamente sobre los contratantes, sino sobre los terceros con interés en el contrato, tales como el asegurado o el beneficiario. De ahí que el artículo 1044 ejusdem, declare con diaphanidad que el asegurador le puede oponer al beneficiario las excepciones que le hubiera propuesto al*

<sup>3</sup> Asociación Colombiana de Derecho de Seguros. Deberes de información en la etapa precontractual a cargo del asegurador y del candidato a tomador. Ponencia del Dr. José Fernando Torres Fernández de Castro. XXIII Encuentro Nacional. Santiago de Cali, octubre de 2002.



OMP  
ABOGADOS

*asegurado, o al tomador, en caso de ser estos distintos de aquél, y al asegurado las que hubiere podido alegar contra el tomador. **Por consiguiente, si el tomador en la declaración de asegurabilidad incurrió en reticencia o inexactitud, la nulidad relativa que ello genera se constituye en un motivo para el no pago de la indemnización oponible al beneficiario y al asegurado.***” (1999) Corte Suprema de Justicia – Expediente No. 04923

Ahora, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el candidato al seguro debe declarar en forma sincera el estado del riesgo, esta declaración se puede hacer en forma dirigida, es decir, cuando la aseguradora provee un formulario de preguntas, o de manera espontánea cuando no se entregue el mismo por parte de la compañía de seguros.

En el primer escenario, el hecho de que la aseguradora haya suministrado un cuestionario que debe ser respondido por parte del candidato al seguro, conlleva unos efectos prácticos, como es que se presume que las preguntas que se incluyen en el cuestionario son determinantes para efectos de que la compañía de seguros forme su juicio en torno a la celebración o no del contrato de seguro o su celebración en condiciones más gravosas.

El cuestionario puede contener preguntas referentes a aspectos objetivos o aspectos subjetivos o morales del riesgo. Existiendo omisión de información sobre alguno de esos hechos objetivos o subjetivos o una información imprecisa o inexacta sobre los mismos, se viciaría el consentimiento de la compañía de seguros. Razón por la cual el tomador de seguro está obligado a responder sinceramente el cuestionario que le proporcione la compañía de seguros previo a la celebración del contrato.

En cuanto a la declaración dirigida, la doctrina ha expuesto que *"Cuando la declaración obedece a un cuestionario planteado por el asegurador, mediante una declaración dirigida, la buena fe del declarante opera sobre hechos o circunstancias de orden objetivo y subjetivo. En este caso sólo hace falta la existencia de la reticencia o inexactitud para dar fundamento a la procedencia de la acción rescisoria"*<sup>4</sup>

Bajo esta premisa, el espíritu del artículo 1058 del C. de Co. busca que el asegurador preste su consentimiento libre de vicios, es decir, separado de error o dolo causado por culpa del candidato a tomador – asegurado, consentimiento que para el caso que nos ocupa, como ya bien se expuso se encuentra viciado.

Igualmente, en fallo de casación de 2 de agosto de 2001, expediente número 6146, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, insistió:

*"(...) la declaración de asegurabilidad debe contener una información fidedigna, amén de veraz y oportuna, como quiera que en función suya, preponderantemente, el*

<sup>4</sup> GONGORA NAVIA, Luis Jorge; BERNOSKE MERINO, Elizabeth Ann. Declaración Inexacta y Reticente sus efectos en el seguro de vida. En: Memorias XVII Encuentro Nacional Asociación Colombiana de Derecho de Seguros ACOLDESE, octubre de 1992 Paipa (Boyacá).



*asegurador expresará su voluntad de establecer una relación contractual con el sujeto que, en la etapa precedente: la precontractual, fungió en calidad de candidato a tomador del seguro -llamado en algunos círculos asegurando, por su potencialidad-. Ello explica el empleo de la expresiva y diciente locución: "sinceramente", inmersa en el primer inciso del artículo 1058 del Código de Comercio, relativa al deber –o carga- de declarar, que sirve para ilustrar el justiciero deseo que le asiste al legislador, consistente en que el asegurando, con responsabilidad y solvencia, asuma tan revelador compromiso, base fundamental del asentimiento del asegurador, quien ha depositado su confianza en su cocontratante.*

*Todo ello justifica, en demasía, no sólo la consagración positiva en el derecho nacional del referido deber informativo (o carga, stricto sensu), como se indicó de penetrante valía, sino también la adopción de un severo régimen sancionatorio, para el evento de que el futuro tomador lo pretermite, en muestra de inequívoco resquebrajamiento del axial principio de la buena fe, piedra angular de los negocios de confianza, como lo es el seguro, por antonomasia, sin perjuicio de eventuales investigaciones o inspecciones que, motu proprio, efectúe la entidad aseguradora -facultativamente-, para mejor proveer, si así lo estima aconsejable (art. 1.048 C. de Co), ya que, en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-.*

*(...)*

*3. Aplicado el discurso que antecede al contrato de seguro, concretamente a su fase precontractual (buena fe in contrahendo), salta a simple vista su conexión y pertinencia, puesto que la carga (onere u obliegenheit) de declarar el estado del riesgo, radicada en cabeza del candidato a tomador, no se agota por completo al momento de responder el cuestionario formulado por el asegurador, como prima facie pudiera parecer de una inconexa y avara lectura del primer inciso del artículo 1.058 del C. de Co, habida consideración que la plausible -y terminante- exigencia de ‘declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo’, en sí misma considerada, posee un espectro más amplio y, por contera, es titular de una proyección sustancialmente mayor, como tal llamada a trascender el diligenciamiento del cuestionario en comento, que servirá como aquilatada brújula para orientar la tipología de sus respuestas, pero en manera alguna para entender que, una vez obtenidas, cesa -o fenece- dicha exigencia.*

*Tan cierto será lo afirmado, que la declaración de asegurabilidad puede hacerse en Colombia -al contrario de otras naciones- sin ‘...sujeción a un cuestionario determinado’ (inciso segundo, art. 1.058, C. de Co.), lo que demuestra que éste no se erige en frontera infranqueable, a la vez que insustituible. Tan sólo es un útil instrumento que, al arbitrio del asegurador, puede o no emplearse, sin que por ello se pueda pretextar que, en este supuesto, el tomador no esté igualmente obligado a "...declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo", ya que es un deber general -lato sensu- (...)"*



OMP  
ABOGADOS

En el caso concreto, se tiene que el señor YAMIN SUAREZ OÑATE presentó reclamación para el pago del amparo “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE” en virtud de PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043 en la cual figura como asegurado.

Dicha reclamación se le dio respuesta negativa por parte de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. alegando reticencia, con base en la historia clínica se logró establecer que el señor YAMIN SUAREZ OÑATE tenía antecedente de DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, lo que permite establecer que el señor YAMIN SUAREZ OÑATE tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad en octubre del año 2016, inmersa en la solicitud/certificado individual de seguro de vida grupo deudores, en el cual se le formularon preguntas específicas sobre su estado de salud y esta omitió informar tales antecedentes médicos ya conocidos por ella, por lo cual se configura una nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos dentro de la póliza.

Dentro del mencionado cuestionario, se puede evidenciar el siguiente cuestionario de preguntas:

***“¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?”***

***¿Bocio, diabetes, enfermedades del sistema endocrino?***

**NO**

***¿Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna?***

**NO**

***¿Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón?***

**NO**

***Cáncer o tumores de cualquier clase***

**NO**

(...)

***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?***

**NO**

Dentro de la historia clínica del señor YAMIN SUAREZ OÑATE que fuera aportada junto con la reclamación, se puede establecer que esta presentaba con anterioridad a la suscripción de la solicitud individual de seguro, antecedentes médicos de HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Sin embargo, a la siguiente pregunta, el señor YAMIN SUAREZ OÑATE respondió negativamente.

***¿Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón?***

**NO**



OMP  
ABOGADOS

Al respecto la Corte Suprema de justicia, en sentencia de fecha 4 de marzo de 2016, con ponencia del Dr. Fernando Giraldo, en un caso similar, estableció lo siguiente:

*“En sentido contrario, a sabiendas de que la aseguradora daba por sentado que su salud era óptima y no le habían detectado algún padecimiento, calló sobre una dolencia de alto riesgo, como lo es la hipertensión, descubierta y medicada desde cinco (5) años atrás, a pesar de que en la historia clínica siempre se advirtió sobre su presencia, patentizándose la importancia, lo que constituía claramente reticencia.*

(...)

*No puede pasarse por alto que, como lo enseña la literatura médica, la hipertensión es una enfermedad crónica que se caracteriza por unas cifras elevadas de la presión arterial, lo que quiere decir que su presencia es constante y amerita atención permanente, por lo que el hecho de que el afectado estuviera controlado al momento en que convino los seguros no quería decir que no fuera latente el riesgo.”*

Respecto de lo consignado por la apoderada de la parte demandante en su escrito de demanda, es menester manifestar que no es procedente jurídica ni legalmente lo pretendido, debido a que la negativa de mi representada se encuentra sustentada fáctica, legal y probatoriamente, en el entendido que es clara la incurrancia del señor YAMIN SUAREZ OÑATE en reticencia al ocultar información acerca de su verdadero estado de salud al momento de declarar sobre el estado del riesgo, tal y como pasa a explicarse a continuación:

Como se puede observar, el señor YAMIN SUAREZ OÑATE al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad omitió información esencial sobre su estado de salud, puesto que padecía las patologías de DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, siendo conocidas por ésta antes de suscribir el respectivo contrato de seguro, circunstancia que de ser conocida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., habría sido fundamental para efectos de la consideración del riesgo asumido no asumiendo el riesgo o haciéndolo en condiciones más onerosas. Es así, como en el presente caso se vislumbra claramente la configuración de reticencia por parte del asegurado, y en consecuencia, se originó la respectiva sanción al negocio jurídico, que como ya se ha estudiado previamente consiste en la nulidad relativa del contrato de seguro, extinguiendo de esa manera la obligación condicional de la aseguradora de acceder al pago de la indemnización reclamada por el asegurado.

Dentro del dictamen de pérdida de capacidad laboral realizado al señor YAMIN SUAREZ OÑATE, se puede establecer en el historial clínico los siguientes diagnósticos médicos:



Historial clínico:

HEPATOLOGIA, 10 JULIO 2014: DMNID, HTA, NASH, DISLIPIDEMIA, BUENAS CONDICIONES GENERALES, DEGENERACION GRASA DEL HIGADOHEPATOLOGIA, 13 JUNIO 2017: DM NO INSULINO REQUIRIENTE, HTA, NASH, DISLIPIDEMIA, BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA Y ORIENTADO, EXAMENES: CREATININA 0.9, GLICEMIA 170, HBA1C 7.8%, CT 179, TG 407, ALT 37, AST 35, RT 0.7, GGT 72, FA 61, TSH 1.73, DX: ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA, DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, PACIENTE MUY ESTABLE, CONTROL EN 6 MESES CON ECOGRAFIA.FISIATRIA, 19 OCT 2017: LUMBOCIATICALGIA CRONICA, DOLOR Y ESPMOS PARAESPINALES LUMBARES, LASSEGUE BILATERAL, REFLEJOS Y FUERZA CONSERVADOS, SS RNM Y EMG -- 1 NOV 2017: TRAE RNM CON DISCOPTAI DEGENATIVA CON COMPROMSIO NEUROFORAMINAL, EMG CON IRRITACION RADICULAR L4 DERECHA, DOLOR CRONCO, DOLRO HOMBRO DERECHO CON LIMITACION DE LA ABD, DOLOR EN MANOS, THINEL Y PHALEN + TEST DE 2 PUNTOS MAYOR DE 6 MMS, NODULOS DE HEBERDEN DX: LUMBALGIA SECUNDARIA A DISCOPTAIA, STC, TENDINOSIS CRONICA DEL SUPRAESPINOZO BILATERAL, OA DEMANOSGONIOMETRIA, 1 NOV 2017: FLEXION LUMBAR 60 GRADOS, DEMAS AMAS 10 GRADOS, HOMBRO DERECHO E IZQUIERDO; ELEVACION ANTERIO 90, POSTERIOR 30, ABD 90 GRADS, ADD 10 GRADOS, ROTACIONE SINTERNS 30 Y EXTERNAS SOREUMATOLOGIA, 31 MARZO 2014: RTROSIS HACE POR LO MENOS 3 AÑOS, ALTERACION METABOLICA, HEPATICA, HTA DE NOVO, DM DE NOVO, RX DE MANOS COMPARATIVAS DE 31 MAR 2014 CON OSTEOARTRITIS PRIMARIA, AL EXAMEN CON NODULOS DE HEBERDEN Y BOUCHARD EN MANOS DX. DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, OSTEOARTRITIS, DM, HTACARDIOLOGIA, 18 OCTUBRE 2017: HTA DE 3 AÑOS DE EVOLUCION, LOSARTAN 50 X 2, DISNEA, CF II NYHA, DIABETES HACE 3 AÑOS, RECIBE METFORMINA 850 X 2, ATRVASTATINA 40 X 1, INSOMNIO CRONICO, ARTROSIS DE MANOS, LUBALGIA, GONARTROSIS, ESTABEL, OBESO, HTA, CARDIOPATIA HIPERTENSIVA, DM NID SIN COMPLICACIONESGASTROENTEROLOGIA, 5 JULIO 2016: DOLOS EPIGASTRICO, DISTENSION, ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA, MULTIPLES DIVERTULOS, PLAN IFAXIN, NEDOX, MOXAPRIDAGASTROENTEROLOGIA, 10 ENERO 2017: DOLOR EPIGASTRICO, ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE DIFICIL MANEJO, IGUAL TRATAMIENTO -- 10 MAYO 2017: DIVERTICULOS DEL SIGMOIDES, GASTRITIS FUNDICA MEJORIA PARCIAL, REFRACTARIA AL TRATAMIENTO, PLAN SEGREGAN, MOXAPRIDA, ALEVIAN DUO -- 17 OCTUBRE 2017: SS COLONOSCOPIA, ENDOSCOPIAGASTROENTEROLOGIA, 17 OCT 2017: ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA, DOLRO EPIGASTRICO Y DISTENCION, SS ENDOSCOPIA -- 8 NOV 2017: SE ORDENA ESOMPRAZOL E IFAXIN

Lo anterior quedó igualmente evidenciado cuando al momento de ser interrogada, la demandante aceptó que, para las fechas indicadas, previo a la solicitud del seguro, había padecido de estas patologías, por lo que estas confesiones acreditan y confirman la reticencia en que incurrió la actora y la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguro.

Con el fin de afianzar y darle un poco más de claridad a su despacho al respecto del tema de la reticencia. Me permito traer a colación una sentencia de la Corte Suprema de Justicia.

En sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria No. T1100122030002017 – 01366 – 01 de 27 de julio de 2017 esta se pronunció al respecto de una acción de tutela interpuesta por una providencia emitida en segunda instancia por un Juzgado Civil del Circuito, el cual decidió declarar la nulidad relativa del contrato por reticencia manifestando los siguientes argumentos:

*“Para ello, el Despacho enjuiciado adujo, en suma, que en el caso sub iudice, el asegurado*



*tenía «la obligación de manifestar con absoluta sinceridad y sin ningún tipo de reserva su real estado de salud, pues debe observarse que se parte del presupuesto de la buena fe», al margen que sean o no practicados los respectivos exámenes clínicos al momento de la suscripción de la póliza, más aún cuando el tomador, contrario a lo que mostraba su registro médico, afirmó encontrarse en «óptimas condiciones de salud», lo cual no correspondía a la realidad, en tanto que se encontraron «serios antecedentes dentro de la historia clínica que demuestran sin lugar a equívocos que el señor B.B. (...) presentaba un estado mental deplorable. Bajo ese entendido (...) a la aseguradora se le ocultó esa situación. Es lo que se conoce técnicamente como una reticencia, es decir, cuando el tomador oculta su real estado» haciendo creer a la aseguradora que no existen riesgos patentes que pongan en potencial peligro la vida del beneficiario.*

La Corte Constitucional en sentencia T- 463 de 2017, expuso lo siguiente:

*“Lo anterior implica que para el 7 de abril de 2014, fecha en que diligenció el formato de apertura de productos del banco y suscribió la póliza Grupo Deudores para amparar la obligación correspondiente a su cuenta corriente, no sólo conocía que padecía VIH sino también era consciente de las*

*complicaciones de su enfermedad, pues un mes antes se le había practicado una prueba neuropsicológica que confirmaría que su enfermedad se encontraba en un estadio C2 y que presentaba demencia asociada a la misma. Incluso se observa que, según se expuso, poco después de vincularse financieramente con Citibank no continuó trabajando. De esta manera, la historia clínica del accionante demuestra que sus padecimientos datan del año 2000, es decir, desde mucho antes de que presentara la solicitud de los productos ante el banco y que fue diagnosticado en un estadio avanzado de la enfermedad, al menos un mes antes de adquirir sus créditos con la entidad.*

*De esta manera, se advierte que el accionante al haber declarado que no padecía ninguna enfermedad incumplió lo establecido en el artículo 1058 del Código del Comercio, en virtud del cual “[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”, con la finalidad de que el asegurador conozca de manera fiel el riesgo que va a amparar y pueda decidir de manera libre si contrata y bajo qué condiciones.*

*Este deber de actuar con apego a la verdad se basa en el principio constitucional de la buena fe,<sup>[85]</sup> el cual toma mayor relevancia cuando se trata de suministrar información relacionada con el estado de salud del asegurado, lo que le permite a las partes al momento de contratar tomar las decisiones más adecuadas para sus intereses.*

*La Sala considera que el señor José no declaró el estado real del riesgo, pues no le informó a la aseguradora sobre todos los hechos que atentaban contra su integridad física, incidían en su capacidad laboral y afectaban su vida. Y exigir al asegurado que declare sobre su estado real de salud no resulta ser una carga desproporcionada que sea imposible de cumplir.*



*De esta manera, para la Sala, el actuar del accionante no se produjo dentro del marco de la buena fe, pues no sólo omitió declarar con sinceridad su estado de salud, sino que aun a pesar de ello contrajo obligaciones consciente de que no podía sufragarlas y a la espera de hacer efectiva la póliza de seguro.”*

En este entendido, y descendiendo al caso que nos ocupa, tenemos entonces que la señora YAMIN SUAREZ OÑATE, suscribió solicitud individual de seguros personales con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar la obligación No. 001303679600145935, dentro de la cual manifestó que no padecía ninguna de las enfermedades planteadas en el cuestionario de asegurabilidad. En ese entendido, es claro que la omisión de la asegurada al momento de suscribir la póliza de vida grupo deudores es relevante para el otorgamiento de la mencionada póliza, toda vez que el contrato de seguro parte de la buena fe del asegurado y al no manifestar que sufre de alguna patología, este se suscribirá con la información dada en ese instante. Por tal motivo, es claro que el presente contrato está viciado de NULIDAD RETALIVA POR RETICENCIA O INEXACTITUD y debe declararse la presente excepción.

### **III. RESPECTO A LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR INSPECCIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO (EXÁMENES MÉDICOS)**

Ha sido pacífica la Corte Suprema de Justicia al manifestar lo siguiente en cuanto a la obligación de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo antes de suscribir el contrato de seguros y traigo a colación distintas sentencias en las cuales dejan sentado este debate.

Sentencia STC 566-2020, Magistrado ponente: Luis Armando Tolosa.

*“Para la Corte, la vulneración alegada no se presenta, porque a la tutelante le asistía el deber legal de manifestar los padecimientos diagnosticados en 2011, los cuales, tras ser asegurada, produjeron la incapacidad que ahora implora sea cubierta. Esto, máxime si el cuestionario expresamente, incluía una pregunta concreta sobre la deficiencia padecida, cuya respuesta se abstuvo de exteriorizar.*

Sobre el deber de información de quien será beneficiario de un seguro, la Sala ha adoctrinado:

*“(…) El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa (...).*

*“(…) Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado «(...) a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (...)», como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que si él*



*conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella (...).*

*“(...) De otra parte, cuando se trata de agravación del estado del riesgo, ocurrida en vigencia del amparo, la legislación mercantil contempla una solución similar a la de la etapa precontractual, dado que en esta fase liminar, una vez conocidas las circunstancias determinantes del estado del riesgo, el asegurador puede negarse a contratar, o puede hacerlo pero en condiciones más onerosas para el tomador (art. 1058 C. de Co.), mientras que si ello tiene lugar en el desarrollo futuro del pacto, puede revocar el contrato o exigir el reajuste en el valor de la prima, siempre que sea notificado de la agravación (art. 1060 del C. de Co) (...).”*

*“(...) En suma, **si el tomador omite información relevante al momento de negociar un contrato de seguro, finalmente consolidado, se está en el escenario de la reticencia, que conduce a la invalidez relativa del convenio.** Por su parte, si el asegurado se reserva información respecto de circunstancias de agravación del riesgo, presentadas luego de la entrada en vigencia del seguro se está en causal de terminación del vínculo (...).”<sup>5</sup>*

Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza”.

Sentencia STL17052-2019, Magistrado ponente: Fernando Castilla Cadena.

<sup>5</sup> CSJ. SC5327-2018 de 13 de diciembre de 2018, exp. 68001-31-03-004-2008-00193-01



OMP  
ABOGADOS

“Frente a lo anterior, queda claro que la decisión de segunda instancia no luce abiertamente arbitraria o antojadiza, toda vez que el Tribunal declaró probada la excepción de nulidad del contrato de seguro por reticencia, según lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, por cuanto el accionante guardó silencio frente a hechos y circunstancias «que determinaban su estado del riesgo»

Así las cosas, queda claro que la providencia que se pretende atacar por esta vía no es caprichosa, ni está desprovista de sustento jurídico. Por el contrario, se apoya en un adecuado análisis de la situación fáctica y jurídica sometida al escrutinio del fallador accionado, sin observarse una actuación irregular o una determinación anómala, lo que le impide al juez de tutela interferirla, pues de hacerlo, rebasaría la órbita de su competencia.”

De las anteriores decisiones de la Corte Suprema de Justicia, y en concordancia con el artículo 1058 del Código de Comercio, no se impone a las compañías de seguros la obligatoriedad, en todos los casos, de realizar exámenes médicos o inspección del estado del riesgo a los potenciales asegurados, pues precisamente la declaración de asegurabilidad o el cuestionario inmerso en la póliza busca indagar el estado de salud del asegurado, el cual debe declararlo sinceramente, siempre de la mano con el principio de buena fe, y solo si la aseguradora tiene motivos para desconfiar de las manifestaciones realizadas por el tomador/asegurado puede la aseguradora exigir o realizar exámenes médicos o inspección del estado del riesgo.

Así las cosas, y como también lo manifestó la Juez en sus consideraciones, es claro que la señora YAMIN SUAREZ OÑATE incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pues se le puso de presente un cuestionario con preguntas específicas sobre su estado de salud, a las cuales respondió en todas que NO PADECIA o PADECIÓ de alguna de ellas, cuando en realidad, presentaba con anterioridad a la suscripción de la solicitud individual de seguro, antecedentes médicos, los cuales mi representada no pudo conocer, toda vez que la asegurada omitió declararlos en solicitud del seguro, estando obligada a hacerlo en virtud de lo establecido por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Dicha reticencia fue fundamental, relevante y de tal magnitud para la celebración del contrato de seguros por parte de mi representada, pues de haber conocido el verdadero estado del riesgo de la actora, se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguros, o lo hubiera hecho bajo condiciones más onerosas.

#### IV. RESPECTO A LOS INTERESES MORATORIOS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE

La manifestado en este punto tiene como fundamento el hecho de que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno por concepto de intereses moratorios a la parte demandante, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 0110043, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad. La Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera estableció que, por saldo insoluto de la obligación, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados a la fecha del siniestro. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.



La Corte suprema de Justicia<sup>6</sup>, al respecto del contrato de póliza de vida grupo deudores ha manifestado lo siguiente:

*“Ahora bien, en el estado actual de la legislación y para el caso concreto, la única limitación que existe en este campo, es que en el seguro de vida grupo deudores, la indemnización a favor del acreedor-tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda, tal y como reza el artículo 120 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993) al prever que “en los seguros de vida del deudor el valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito”. Ello, en lo fundamental, coincide con lo previsto en la Resolución 2735 de 1990 y en la Circular Externa 037 del mismo año, dictadas por la Superintendencia Bancaria y vigentes para la época de celebración del contrato de mutuo referido en la demanda, que como se recuerda, ocurrió en noviembre de 1992.*

*Por ende, la indemnización que debe pagar la aseguradora, en caso de ocurrir el siniestro, está vinculada necesariamente a una obligación concreta a cargo del deudor, en el cual la prestación debida -determinada o determinable- tiene una magnitud que va aparejada a la extensión del riesgo; entonces, cualquier monto adicional ya no es deuda y, bajo ese entendido, no hay interés asegurable -ni siquiera indirecto- para el acreedor.”*

Para mayor ilustración me permito indicar los parámetros bajo los cuales se desarrolla la citada póliza basada, en el literal c), subnumeral 6.1, numeral 6° del capítulo segundo, título sexto de la Circular Básica Jurídica 07 de 1996 de la Superintendencia Bancaria.

### **1.6. Saldo insoluto de la deuda**

*Por saldo insoluto de la deuda, se entenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.*

*Cuando la indemnización tiene como causa el amparo de la incapacidad total y permanente, el saldo insoluto de la deuda será aquel que se registre en la fecha en la cual el asegurador informe por escrito al tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado.*

Igualmente, la Corte, en diferentes pronunciamientos ha hecho relación a casos que han versado sobre esta modalidad aseguraría.

En fallo de 29 de agosto de 2000, se dijo que *“el fin de éste es el pago del saldo de la deuda del asegurado fallecido... En este caso concreto... el valor del seguro va a la par con el saldo de la deuda, de modo que nunca quedarán remanentes. Pero, además, ese valor del seguro tiene una destinación específica: ser aplicado a la deuda del asegurado fallecido”* (Exp. No. 6379).

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. M. P. Edgardo Villamil Portilla. Sentencia del 30 de junio de 2011. Expediente 76001-31-03-006-1999-00019-01.



En fallo de 17 de octubre de 2006, se dejó sentado que “*si el valor del seguro correspondía no más que al monto impagado del crédito y sus accesorios al momento del fallecimiento del asegurado, la indemnización debía ascender a ese valor y, por lo mismo, sólo alcanzaría para satisfacer el derecho de crédito del acreedor beneficiario*” (Exp. No. 11001-3103-008-1996-0059-01).

Dentro del proceso del asunto la parte demandante en sus pretensiones solicita que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA además del pago del saldo insoluto de la obligación debe pagar a los demandantes los intereses moratorios a la tasa máxima legal desde la fecha del fallecimiento de la demandada.

Al respecto me permito manifestar los siguiente:

En cuanto al beneficiario, la Corte Suprema de Justicia, estipuló que en los seguros de vida de deudores sea individual o de grupo, el acreedor es el beneficiario a título oneroso y no la mera liberalidad del asegurado que sustenta la designación.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia<sup>7</sup> manifestó, que “*en el seguro de vida grupo deudores se asume específicamente el suceso incierto de la muerte del deudor sin dejar de lado que se cubra también el riesgo de la incapacidad permanente total del deudor. Se asegura la muerte independientemente de si el préstamo que deja el deudor permite que la acreencia sea pagada a la entidad bancaria prestamista, no se asegura la imposibilidad de pago del deudor por causa de muerte porque esto tendrá un contenido patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito.*”

*Es un seguro de vida hasta por el saldo de la deuda al momento de su muerte, o al momento de su incapacidad total y permanente, con el único y exclusivo fin de aplicar su valor a la deuda del asegurado. El valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito.”*

Por su parte el artículo 1080 del Código de Comercio, establece lo siguiente:

**“ARTÍCULO 1080. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS.**

*El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo [1077](#). Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.”*

Nótese como de la norma antes mencionada, la obligación del asegurador es pagar al asegurado o beneficiario, la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite el derecho

<sup>7</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. (agosto 29 de 2002. Sala de Casación Civil). Magistrado Ponente. Dr. Jorge Santos Ballesteros.



por parte de estos, la norma hace mención al asegurado o beneficiario, disyuntiva que quiere decir que el pago de la indemnización se debe realizar a uno u a otro, en caso de que el asegurado no sea el mismo beneficiario, como es el caso que nos ocupa donde el beneficiario del pago del saldo insoluto de la obligación es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Así las cosas, es claro que mi representada no tiene ninguna obligación de hacer pago de intereses moratorios a los hoy demandantes, ya que el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado en la póliza corresponde al saldo insoluto al momento del siniestro, por lo cual no habría lugar a reconocer o pagar los intereses moratorios establecidos en el artículo 1080 del código de comercio.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez del circuito en segunda instancia declararla al momento de proferir decisión de fondo.

#### **V. RESPECTO A LA CONDENA POR DAÑO MORAL CAUSADA AL DEMANDANTE**

Dado el reconocimiento del *ad quo* por la suma de \$8.000.000 por daño moral, es importante mencionar que el despacho de primera instancia no podía desconocer lo establecido en el artículo 1616 del código civil que establece:

*“(...) Si no se puede imputar dolo al deudor, sólo es responsable de los perjuicios que se previeron o pudieron preverse al tiempo del contrato; (...)”*

En este entendido, las sumas reclamadas por concepto de daño moral no es viable reconocerlas porque los mismos no fueron una circunstancia que hicieron parte del contrato de seguro suscrito, pues dentro de las obligaciones del contrato de seguro no se pactó amparo de daños materiales o daño moral. Véase entonces como los perjuicios que reclama la demandante se alejan completamente de las estipulaciones contractuales. En ausencia de los requisitos del artículo 1616 antes mencionado, podríamos manifestar que ninguna de los perjuicios que reclama el demandante, fueron previstos a la celebración del contrato.

En el presente evento la demandante no ha acreditado los supuestos que estructuran el daño, es decir, su carácter personal, su certeza y su subsistencia, solo se limitan a mencionarlos, de tal suerte que su pretensión resulta nugatoria bajo el Derecho de Daños y así solicito, de manera respetuosa, se declare en la providencia que ponga fin a esta instancia.

En ese sentido, de conformidad con los anteriores fundamentos, solicito muy respetuosamente al Juzgado Civil del Circuito:

#### **SOLICITUD**

**PRIMERO: REVOCAR** en todas sus partes la SENTENCIA de primera instancia proferida en la audiencia de instrucción y juzgamiento realizada el 17 de noviembre de 2023, con base a las consideraciones expuestas.



OMP  
ABOGADOS

**SEGUNDO: ABSOLVER** a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., con base a las consideraciones expuestas.

**TERCERO: CONDENAR** en costas a la parte demandante

Del señor Juez, respetuosamente,

**OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS**  
**C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd**  
**T.P. No. 23.817 del C.S.J.**

BBVA521-MJGC