



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR CESAR
5 PISO, PALACIO DE JUSTICIA, CARRERA 14 CALLE 14 ESQUINA
J03ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO No. 20060408900120190071801

Apelación de sentencia

Responsabilidad Civil Contractual

Demandante. Surith Amparo Vélez Pedraza

Demandado: BBVA Seguros Vida S.A.

Encontrándose al despacho el proceso de la referencia, con el fin de dictar sentencia de segunda instancia que revoque o confirme la decisión proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de Bosconia – Cesar, en calenda veintidós (22) de marzo de dos mil veintitrés 2023).

Realizándose para ellos el siguiente estudio en fecha mayo 9 de 2024

I. EL LITIGIO:

1. Hechos

- 1.1. Mi poderdante adquirido dos créditos con el banco BBVA, el día noviembre 11 de 2017, Con números N° 0013015800961186, por Valor de 60'500.000, además de una tarjeta de crédito por Valor de 3'500.000.
- 1.2. Al momento de celebrar el crédito, el banco exigió a mi poderdante, la suscripción de una póliza de seguro de crédito, con la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, circunstancia que se materializo en la póliza de Grupo Vida deudores N° 0110043. la mencionada Póliza amparaba la muerte, la incapacidad total o permanente de mi mandante.
- 1.3. Que el día 09 de abril de 2019, El medico ocupacional del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, dictamino que mis poderdantes tenían una pérdida de la capacidad igual al 99%, que constituye un estado de Gran invalidez

- 1.4. Luego de expedirse el dictamen mencionado, el día 09 de mayo, se presentó vía correo electrónico ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, dirección electrónica suministrada por la entidad aseguradora, una solicitud de aplicación de la póliza de seguro de vida Grupos, ya que se había perfeccionado uno de los riesgos amparado
- 1.5. En fecha 14 de mayo de 2019, mediante correo electrónico, mi mandante fue notificado de la decisión dos (02) decisiones tomadas por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A,
 - La primera decisión reza “En atención a la solicitud relacionada con la reclamación de seguro, nos permitimos confirmar que su trámite ha sido aprobado y se procederá con el pago”
 - La Segunda decisión reza “En atención a la solicitud relacionada con la reclamación de seguro, nos permitimos informal* que su trámite ha sido objetado por los motivos señalados en comunicación anexa”
- 1.6. Es claro que las decisiones tomada por la entidad aseguradora, es abiertamente contradictoria y sorprendente, en el entendido en que el crédito© y la tarjeta de créditos están amparados por la misma póliza vida grupo N° 0110043, por lo que mal podrías aceptarse el pago del crédito de menor Valor y negar el pago del de mayor valor como lo hizo la misma.
- 1.7. La objeción realizada por parte de la aseguradora, respecto al crédito de mayor valor 0013015800961186, la justifico en la existencia según ellos en la configuración de retención, al manifestar que mi poderdante tenía antecedentes patológicos previos a la adquisición de la póliza y que los mismo no fueron declarados.
- 1.8. Sumado a lo anterior es claro que la entidad aseguradora pretende justificar la negación de la aplicación de la póliza en una patología que no es determinante, ni guarda ningún nexo de causalidad con la causa de invalidez de mi representada, que como puede observarse en el certificado de pérdida de capacidad laboral, no es ora sino nódulos laríngeos- reflujo laringofaríngeos, lo que la imposibilita ejercer como docente.
- 1.9. Es de notar que la póliza N° 0110043, mediante la cual mi prohijada aseguro el crédito, no fueron excluidas las patologías sufridas por mi mandante, ni la empresa aseguradora ordeno o exigió la práctica de exámenes con el fin de establecer si la si la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, padecía o no patologías preexistentes, las cuales serían excluidas del contrato, además no se le requirió que declarara sobre preexistencias, ya que los campos destinados para ellos fueron diligenciados por parte de la asesora sin realizar cuestionario a mi poderdante.

1.10. Sumado a lo anterior, es evidente que la entidad aseguradora pretende justificar la negación de la aplicación de la póliza en una razón errada que no guarda nexo de causalidad alguna con la causa que origino la perdida de la capacidad laboral de mi mandante.

1.11. Con el objeto de agotar el requisito de procedibilidad se convocó a audiencia de conciliación el día 27 de septiembre de 2019, declarándose fallida la misma.

1.12. Pretensiones

PRIMERO: Que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A Y BANCO BBVA, es Civilmente Responsables por RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL frente a mi mandante señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, por negarse a dar cumplimiento a lo pactado en las Pólizas de Seguros de Vida Grupo suscrita entre las partes.

SEGUNDO: Como consecuencia de la declaración anterior se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A a pagarle a BANCO BBVA, los Valores de los créditos N° 0013015800961186, de conformidad con las Pólizas DE SEGURO DE VIDA GRUPO N° 0110043,

TERCERO: Que se condene a la aseguradora, devolver a mi mandante las cuotas pagadas desde la fecha en la cual se configure la invalidez de mi mandante es decir 09 de abril de 2019.

CUARTO: Que se condene a las demandadas a pagar a la demandante el valor de los intereses moratorios de acuerdo a la Cobertura y Valor Asegurado, desde la fecha que se presentó la reclamación, es decir desde el día 09 de mayo de 2019, hasta cuando el pago se cumpla, de conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio.

QUINTO: Que agencias en derecho que se causen en esta demanda. se condene a los demandados al pago de las costas y agencias en derecho que se causen en esta demanda.

1.13. Oposición parte demandada Bbva Seguros Colombia S.A.

1.13.1. La contestación de la demanda la parte demandada alego las siguientes excepciones:

- Nulidad relativa del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro personales por reticencia o inexactitud.
- Inexistencia de obligación de realizar inspección del estado del riesgo (exámenes médicos) a cargo de ml representada Bbva Seguros de Sida Colombia S.A.

- Inexistencia del requisito de nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro.
- buena fe de mi representada Bbva Seguros De Vida Colombia S.A. en celebración del contrato de seguro contenido en la póliza vida grupo deudores no. 0114300.
- Falta de legitimación por activa para solicitar que Bbva Seguros De Vida Colombia S.A. cancele a la parte demandante el valor asegurado con cargo a las obligaciones.
- Inexistencia de la obligación de realizar pago o devolución de dineros por cuenta de Bbva Seguros De Vida Colombia S.A. a favor de la parte demandante por concepto del valor asegurado en la póliza no. 0110043.
- inexistencia de la obligación de reconocer intereses moratorios a favor de la parte demandante solicitada con fundamento en el artículo 1080 del código de comercio
- Ineficacia del contrato de seguro e inexistencia de la eventual obligación indemnizatoria por cuenta de Bbva Seguros De Vida Colombia S.A. y a favor de la parte demandante con afectación a la póliza seguro de vida grupo deudores no. 0110043.
- Ausencia de los elementos constitutivos de responsabilidad civil contractual en cabeza de Bbva Seguros De Vida Colombia S.A.
- Cualquier giro tipo de excepción de fondo que llegare a probarse y que tenga como fundamento la ley o el contrato de seguro recogido en la póliza invocada como fundamento de la demanda.

1.14. Pruebas

➤ Documentales

Parte demandante:

- Constancia y calificación de invalidez de mis poderdantes SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA
- Copia de la solicitud de aplicación de la póliza, con constancia de envío recibido.
- Copia de las respuestas dada a mi poderdante
- Copia de la póliza N° 0110043.
- Acta de conciliación fallida.
- Certificado de existencia y representación legal de la entidad demandada.

Parte demandada Bbva Seguros de Vida S.A.

- Solicitud certificado individual suscrita por la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA para amparar la obligación No. 0013015800961186.
- Condiciones generales de la póliza vida grupo deudores No. 0110043.
- Dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad labora o del estado de invalidez para los educadores afiliados al fondo de prestaciones sociales del magisterio.
- Carta de objeción de fecha 14 de mayo de 2019 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
- Copia de la historia clínica de la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA.

➤ Interrogatorio de parte.

Parte demandante. Al representante legal de la entidad demandada.

Parte demandada. A la señora demandante.

2. Trámite procesal

2.1. Primera instancia.

2.1.1 Sentencia apelada.

En sentencia del 22 de marzo de 2023, el Juzgado Promiscuo Municipal de Bosconia Cesar, resolvió¹:

“PRIMERO. - DECLARAR NO PROBADAS LAS EXCEPCIONS ESGRIMIDAS POR LA PARTE DEMANDADA, de conformidad con la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO. - DECLARAR acreditado el siniestro de INCAPACIDAD TOTAL y PERMANENTE amparado en la póliza de grupo vida deudores número 0110043 expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. donde figura la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA en calidad de asegurada, con ocasión a la obligación número 00130158009611941186 adquirida por la demandante con BANCO BBVA COLOMBIA S.A., por lo tanto, acceder a las pretensiones de la demanda.

TERCERO. - CONDENAR a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA que, una vez ejecutoriada la presente decisión, pague a BANCO BBVA COLOMBIA S.A. el saldo insoluto de la obligación número 00130158009611941186 adquirida por la demandante con esa entidad, por valor de CINCUENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS CON VEINTE CENTAVOS PESOS (\$ 54.803.191,20), de acuerdo a lo motivado.

CUARTO. - CONDENAR a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA que, una vez ejecutoriada la presente decisión, pague a la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA el interés moratorio igual al certificado como

¹¹ Archivo 32 y 33 del expediente digital

bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, liquidado sobre el importe de la obligación insoluta desde el 19 de julio de 2019 y hasta cuando se cancele el valor insoluto del crédito.

QUINTO. - CONDENAR a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA que, una vez ejecutoriada la presente decisión, pague y/o restituya a la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA el valor total de las cuotas pagadas del crédito con posterioridad a la estructuración del siniestro y la reclamación de la póliza 19 de junio de 2019.

SEXTO. - CONDENAR a BBVA SEGUROS DE VIDA SA a pagar las sumas descritas en el numeral anterior indexadas a la fecha en que se realice el pago.

SEPTIMO. - Condénese en costas a la parte vencida. Por secretaría tásense

OCTAVO. - fjense como agencias en derecho la suma de TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTITRES PESOS CON TREINTA Y OCHO CENTAVOS M/CTE (\$ 3.836.223,38).

NOVENO. - Dese por terminado el presente proceso, archívese el mismo y bajase de la plataforma TYBA.Argumentos del Despacho”.

El apoderado judicial del demandante se encuentra conforme con la decisión adoptada, no así el apoderado de la parte demandada BBVA Seguros de Vida S.A., que presenta recurso de apelación, procediendo a presentar sucintamente los reparos, y a manifestar que los ampliará dentro de los tres (3) días siguientes.

El apoderado demandado BBVA Colombia S.A., no presentó reparos a la sentencia.

Reparos concretos. El despacho no tuvo en cuenta las pruebas practicadas en el proceso. Se anexo historia clínica que acreditaba los antecedentes médicos que padecía la demandante y omitió declarar.

Sobre el criterio que adopta el despacho acerca de que queda sin bases jurídicas la excepción de la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y la de la inexistencia de la obligación de realizar exámenes médicos, toda vez, que el artículo 1158 del Código de Comercio es claro al establecer de manera taxativa que el tomador, asegurado o candidato asegurado no puede eximirse del deber de declarar de la obligación establecida en el artículo 1058, es el deber de declarar con veracidad y de buena fe sobre su estado de riesgo y los antecedentes médicos en este caso que permitan a la aseguradora determinar con exactitud del estado de riesgo, pues ello genera un desequilibrio contractual que genera el rompimiento del contrato o la nulidad relativa del contrato desde la misma suscripción.

En cuanto a la condena o a la decisión de acceder a la pretensión de condenar a pagar intereses moratorios sobre el saldo insoluto de la obligación, a devolverse y a indexarse estas sumas a cargo de BBVA seguros de vida S.A., se desconoce el contrato de seguro y su naturaleza, se hace una interpretación errada por parte del despacho toda vez que este tipo de banca seguros, lo que asegura en caso de del siniestro de incapacidad total y permanente es que se pague el valor insoluto de la obligación al momento de la calificación de la pérdida de Capacidad Laboral al Asegurado, pero el beneficiario oneroso en todo caso siempre es el banco, por lo cual esa decisión de ordenar devolver los ordenar la devolución de las cuotas pagadas y ordenar el pago de intereses moratorios a la asegurada desconoce el contrato de seguro celebrado, y va en contra de las condiciones particulares generales que se pactaron con el tomador, que es el banco BBVA.

2.2.1. Recurso de apelación.

Dentro del término legal el apoderado de Bbva Seguros de Vida S.A., presento recurso de apelación contra le sentencia de calenda 22 de marzo de 2023.

2.3. Tramite de Segunda Instancia.

2.3.1. **Apelante.** En lo pertinente, expresó:

1. *“(..). Tenemos entonces la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, suscribió solicitud individual de seguros vida grupo deudores con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar la obligación No. 0013015800961186. En dicha solicitud encontramos la declaración personal de salud en la cual se establece el siguiente cuestionario, el cual fue suscrito por el mentado señor, y que reposa como prueba dentro de la demanda: (...)*

Conforme a lo anterior, resulta evidente que la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA omitió y/o calló situaciones que implicaban la agravación en el estado del riesgo al momento de solicitar la expedición del seguro de vida, quebrantando así una regla de conducta como lo es observar la ubérrima buena fe imperante en este negocio jurídico, siendo que manifestó tener un estado de salud normal al momento de dar respuesta al cuestionario propuesto por el asegurador, sin embargo, en el trámite normal de la reclamación, mi procurada observó que la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA , presentaba con anterioridad a la suscripción de la solicitud individual de seguro, antecedentes médicos de URO LITIASIS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR CON FECHA 24 DE MAYO DE 2017 DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, ADICIONALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA QUE REGISTRA EN EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN SE INDICA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR DESDE 2014 Y MANEJO DE PSIQUIATRÍA DESDE 2014, según su historial clínico. Antecedentes que mi representada no pudo conocer, toda vez que el asegurado omitió declararlos en solicitud del seguro, estando obligada a hacerlo en virtud de lo establecido por el artículo 1058 del Código de Comercio. Dentro de la historia clínica de la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, se puede establecer claramente el padecimiento

de las mencionadas patologías, para lo cual me permito traer apartes de dicho documento.

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 el actor y la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguro.

(...)

En este entendido, y descendiendo al caso que nos ocupa, tenemos entonces que la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA, suscribió solicitud individual de seguros personales con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar la obligación No. 0013015800961186, 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.

2. En cuanto a la inconformidad de que el juez de primera instancia considere en cabeza de mi representada la obligación de realizar inspección del estado del riesgo (exámenes médicos).

Considera el despacho que mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., tenía la obligación de inspeccionar el estado del riesgo y el verdadero estado de salud de la señora SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA antes de la suscripción del contrato de seguros, esto es, realizando exámenes médicos o indagando sus historias clínicas para evitar la reticencia que se alegó en la objeción del 14 de mayo de 2019 y en la contestación de la demanda como excepción.

Para sustentar su decisión, la Juez tomó como referencia la sentencia de tutela STL-7955 del 2018 de la sala de Casación Civil de la Corte de Suprema de Justicia, Magistrado Ponente Gerardo Botero Zuluaga, sin dicha sentencia se sustenta en el precedente de la Corte Constitucional por vía de acciones constitucionales de tutela, las cuales tienen efectos Inter partes sin capacidad para reformar la doctrina legal probable de la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional. Y es que, la posición de la Corte Suprema de Justicia - Sala Civil, que es el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria respecto al tema, ha sido constante en la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, en cuanto a la reticencia se refiere, sin agregarle exigencias adicionales relacionadas con la relación de causalidad o demostraciones relacionadas con la mala fe.

(...)

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”.

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 SURITH AMPARO VELEZ PEDRAZA 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 de URO LITIASIS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR CON FECHA 24 DE MAYO DE 217 DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, ADICIONALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA QUE REGISTRA EN EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN SE INDICA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR DESDE 2014 Y MANEJO DE PSIQUIATRÍA DESDE 2014, según su historial clínico. Antecedentes que mi representada no pudo conocer, toda vez que el asegurado 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.

3. *En cuanto a la inconformidad de haberse reconocido intereses moratorios a favor de la parte demandante.*

Dentro de la sentencia de primera instancia el despacho condeno a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA pagar a la demandante intereses moratorios. Al respecto me permito manifestar 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.

(...) 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 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 la hoy demandante, 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.

4. *En cuanto a la condena por concepto de agencias en derecho El despacho no puede liquidar las agencias en derecho sobre la cifra establecida por la parte demandante en sus pretensiones, toda vez que dicha suma corresponde al valor asegurado inicial de cada obligación, por lo tanto, en una eventual condena las agencias en derecho deberían ser liquidadas sobre el valor real del valor asegurado (saldo insoluto de la obligación a la fecha del siniestro). En ese sentido, de conformidad con los anteriores fundamentos, solicito muy respetuosamente al Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, estudiar a fondo el proceso en cuestión y cada uno de los reparos propuestos dentro del recurso de apelación, analizar todas las pruebas aportadas con la demanda y revocar la sentencia de fecha 22 de marzo de 2023 proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de Bosconia.”*

No apelante. En lo pertinente, expresó:

1. *“Es importante aclarar al despacho, que la aseguradora al momento de objetar la reclamación solo, aplico el pago de la póliza al crédito de menor valor y negando al de mayor valor. Ello obedeciendo a su posición*

dominante, ahora desde la fecha de la reclamación presentada por mi poderdante y la objeción trascurrieron más de 3 años en los cuales la aseguradora continuó cobrando a mi poderdante el valor de la prima de seguro, sin realizar observación a la misma o variación en su valor, aun conociendo el estado de salud de mi poderdante, ¿valdría preguntarse qué riesgo amparaba la referida póliza? Quien actuó de buena fe, si mi poderdante que muy a pesar de haber obtenido una negativa por parte de la aseguradora en el pago de la póliza que respaldaba la obligación o la aseguradora, quien muy a pesar de conocer el estado de salud de mi poderdante continuó cobrando el valor de la prima de seguro, como quedó demostrado en el plenario de la demanda. No es cierto que mi poderdante haya, ocultado el estado real de su salud, pues como quedó demostrado en el proceso la mismo, tenía vínculo contractual con la entidad bancaria desde el año 2011, y lo que se venía haciendo con los créditos era lo que denominan retanqueo. Expuesto lo anterior, se encuentra demostrado en el presente asunto que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. expidió la Póliza Vida Deudor No. VGDB-0110043, siendo el demandante el asegurado de la misma., y que el valor asegurado es la suma dentro del crédito N° 0013015800961186, por Valor de 60'500.000, además de una tarjeta de crédito por Valor de 3'500.000. El médico ocupacional del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, dictaminó que mis poderdantes tenían una pérdida de la capacidad igual al 99%. Que la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. ante la solicitud de la actora de afectación del amparo de invalidez total y permanente, en respuesta, objetan dicha reclamación con respecto al crédito de mayor valor, fundamento en la nulidad relativa que afectó el contrato de seguros originada en la reticencia en la que incurrió la actora al momento de tomar la póliza

Es claro que el presente asunto como lo manifestó mi mandante que se limitó en el proceso de adquisición del crédito a firmar, el contrato de asegurabilidad, mas no diligenciar los espacios en blanco, respeto a cuestionario, ni tampoco de indago a mi poderdante por su estado de salud.

En el contrato de seguros se exige que las partes “desplieguen una actividad con lealtad para su ejecución, gobernada por la diligencia y el cuidado necesarios, ya que todo acto contrario a la misma imposibilita el cumplimiento simultáneo de las obligaciones mutuas y recíprocamente contraídas.

De este deber se sigue que las entidades financieras o aseguradoras “les deben brindar a los consumidores financieros una «atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades con el consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas»”¹. En consecuencia, en todo momento, “las entidades financieras y aseguradoras [deben] asesorar a sus clientes de forma idónea, suficiente y oportuna, con el fin de que estos puedan tomar las decisiones que mejor se ajusten a sus intereses y necesidades”

Como consecuencia de este deber, las citadas personas deben suministrar al usuario información (i) cierta, es decir, que responda efectivamente a la

realidad jurídica y fáctica del vínculo contractual, (ii) suficiente, esto es, que sea completa y no parcial, de modo que el consumidor financiero pueda tener una idea integral y detallada de la posición en que se encuentra y de sus posibilidades de actuación, (iii) clara, lo que “se refiere a la transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza”, de forma que sea plenamente comprensible, aun cuando la naturaleza técnica dificulte su explicación, y (iv) oportuna, esto es, entregada en el momento en que resulte relevante, y no después, para que el consumidor financiero pueda tomar decisiones con base en ella, de lo cual se deberá dejar expresa constancia.

El suministro de información en tales condiciones –esto es, con el cumplimiento de los deberes de debida diligencia y transparencia– “busca equilibrar la situación de indefensión en la que se encuentran los consumidores financieros frente a las entidades financieras y aseguradoras, permitiéndoles tomar mejores decisiones, propendiendo porque conozcan tanto sus derechos como las obligaciones adquiridas”. De este modo, “se restringe el ejercicio de la posición dominante con base en la cual esas entidades suelen imponer obligaciones a sus clientes y se garantiza el interés público que caracteriza a las actividades que desarrollan”.

Específicamente, en el seguro de vida las partes están llamadas a declarar de manera exacta y precisa las condiciones y circunstancias bajo las cuales concurren el riesgo y la póliza. Para la aseguradora, implica el deber de informar acerca de las condiciones del contrato y sus coberturas; para el asegurado o tomador, el de declarar el estado del riesgo “que sólo él conoce íntegramente”, “con diligencia y sinceridad”, en todo caso, conforme a las instrucciones que le suministre la entidad financiera o aseguradora.

Por ende, solo en la medida en que la entidad aseguradora brinde información cierta, suficiente, clara y oportuna sobre las condiciones del contrato, en especial, las circunstancias en que la declaración podría considerarse reticente, de lo cual debe quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador, el adquirente estará en la posibilidad de cumplir su obligación de informar los hechos que determinan el estado del riesgo, sobre todo de aquellos que pudiesen incidir en la expedición de la póliza, la modificación de las condiciones del contrato o la extinción del vínculo.

De allí que, ante el incumplimiento de la obligación de transparencia (esto es, la omisión de las entidades financieras y aseguradoras de suministrar información cierta, suficiente, clara y oportuna), no sea dable exigirle al tomador declarar las circunstancias de salud que desconoce, máxime en aquellos eventos en los que el clausulado de la póliza expresamente indica no contemplar exclusiones.

En el contexto descrito, los deberes de debida diligencia y transparencia adquieren una relación estrecha: no se puede derivar una conducta reticente cuando el tomador no ha tenido conocimiento de los términos en que debe suministrar la información relacionada con el estado del riesgo, debido, precisamente, al incumplimiento de la aseguradora de su deber de diligencia en suministrar información cierta, suficiente, clara y oportuna.

Sobre este aspecto, la jurisprudencia constitucional ha indicado que “en él [el contrato de seguros] no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo”², de ahí que no sea suficiente que las empresas aseguradoras se limiten a informar las condiciones en que se debe declarar el estado del riesgo, sino que esta debe “verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros”.

Si bien el adquirente debe declarar su condición de salud, “la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo”, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad. Justamente, “la Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora”, pues, de un lado, “en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”³ y, de otro lado, al ser “la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro”, la aseguradora es quien puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares.

En efecto, dado que “la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia no pueda conocer los hechos debatidos”, esta no podrá oponerse al pago de la póliza, “como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”, cuando (i) ha conocido o debido conocer los hechos que aluden a los vicios de la declaración⁴, como en aquellos eventos en los que se abstuvo de comprobar el estado de salud al momento de tomar el seguro, “renuncia a efectuar valoraciones una vez es enterado de posibles anomalías, o deja de auscultar, pudiendo hacerlo”, o (ii) de haber conocido los hechos y no haberlos puesto de presente para modificar las condiciones del contrato, “los subsana mediante su aceptación expresa o tácita”, lo que ocurre cuando, en el marco de una relación contractual en la que se ha renovado la póliza, el asegurado ha efectuado reclamaciones previas y, pese a ello, la aseguradora decide renovar el seguro, concedora de los antecedentes que dieron lugar a la petición.

Por lo anterior y atendiendo a lo probado en el proceso, de manera respetuosa solicito de su despacho se sirvan Confirmar la sentencia apelada, y desestimar los argumentos esgrimidos en el recurso de apelación.”

3. Consideraciones.

3.1. Competencia:

Es competente este Juzgado para resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia dictada en primera instancia por el Juzgado Promiscuo Municipal de Bosconia Cesar, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 33-1 y 321 del CGP.

3.2. Presupuestos procesales:

En el examen correspondiente, haya la Colegiatura que en el asunto bajo estudio concurren los presupuestos procesales indispensables para la constitución de la relación jurídica procesales; igualmente se observa que no se encuentran irregularidades que puedan afectar la validez del proceso. Por lo tanto, se hace viable adentrarse en su examen de fondo.

3.3. Caso en concreto:

Descendiendo al caso en estudio vemos que el demandante pretende que se declare civilmente responsable a Bbva Seguros de Vida Colombia S.A., y en consecuencia se condene a pagar al Banco Bbva Colombia, los valores de los créditos N° 0013015800961186.

Además, pretende que se condene a la demandada a la devolución de las cuotas pagadas desde el 09 de abril de 2019, día en que se configuro la invalidez de la demandante. Que se condene a las demandadas a pagar a la demandante el valor de los intereses moratorios de acuerdo a la cobertura y valor asegurado, desde la fecha que se presentó la reclamación hasta cuando el pago se cumpla y por último pretende la condena en costas y agencias en derecho.

Controversia que gira en torno a la reclamación de cobertura de una póliza de seguro de vida grupo deudores, el cual es una modalidad de seguro colectivo².

La Corte ha señalado que mediante esa forma aseguraticia, *«el acreedor -quien funge como tomador- puede adquirir una póliza ‘individual’ o ‘de grupo’, para que la aseguradora, a cambio de una prima, cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor -que toma la calidad de asegurado-, y en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito, pero nunca más»* (CSJ SC 30 jun. 2011, rad. 1999-00019-01).

En lo que concierne a la figura de la reticencia, el artículo 1058 del Código de Comercio establece que, se configura cuando el tomador del seguro expone hechos falsos o inexactos u omite información que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora habrían provocado una abstención para la celebración del contrato o hubiera emitido una póliza más onerosa, por ello, se genera la nulidad relativa del seguro. Según esa misma norma si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo.

El Despacho se adentrará en el estudio de los distintos medios probatorios allegados al proceso, a efectos de dilucidar la responsabilidad aquí averiguada, examinando, entre otras cosas, el nexo de causalidad entre la conducta del autor y la generación del daño. A voces del artículo 167 del C.G.P. *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*

De las pruebas documentales allegadas al expediente, nos referiremos especialmente al dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 09 de abril de 2019 emitido por la UT Red Integrada Foscal - CUB en el que se consignó que, *“paciente quien refiere que desde el año 2014 aprox inicio con dolor y ardor en la garganta para lo cual se automedicaba en ocasiones asistía al servicio médico, en el año 2017 los cuadros de dolor eran mas recurrentes y generaba incapacidad cortas 1-3 días, durante el año 2016 inicia manejo con otorrinolaringología, terapias de voz y terapias físicas sin mejoría de su cuadro, incluso con el reposo*

² Sentencia SC6709-2015

no cede su patología, también presenta múltiples diagnósticos que igualmente que no permiten su adecuado desempeño laboral tales como múltiples infecciones urinarias + cálculos renales que han generados hospitalización y manejo por urgencias, también presenta patología osteomuscular desde 2014 en regio cervical-dorsal-lumbar-hombros en manejo ortopedia y fisioterapia que ha recibido manejo con medicamentos y bloqueos, se encuentra en manejo con psiquiatría desde el año 2014 asociados enfermedad de su hijo menor quien le diagnosticaron linfoma no Hodgkin de células grandes difuso actualmente superada la enfermedad por el hijo, pero la paciente continúa con episodios de ansiedad y depresión sin delirios, también presenta trastorno del sueño presenta dificultad de conciliación del sueño, despertares temprano, desde el año 2014 inicio con hipertensión arterial con antecedentes familiares de hipertensión e infartos a temprana edad en familiares, ha presentado dolor precordial depresivo lo cual viene en manejo con cardiología quien encontró hipertrofia ventricular.”³

También se tiene en cuenta la objeción realizada por parte de Bbva Seguros de Vida S.A., en la cual manifestaron que la demandante padecía las patologías mencionadas en precedencia y no las menciono al momento de la declaración de asegurabilidad.

De acuerdo con la historia clínica de la clínica Foscal, con fecha 29 de agosto de 2014 encontramos que la señora Surith Amparo Vélez Pedraza presenta antecedentes patológicos de urolitiasis e Hipertensión Arterial, en la clínica psiquiátrica Isnor con fecha 24 de mayo de 2017 diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, adicionalmente en la historia clínica que registró en el formulario de calificación se indica patología osteomuscular desde 2014 y manejo con psiquiatría desde 2014; estos antecedentes previos al ingreso a la póliza que forman parte de la Calificación, son hechos relevantes que no fueron declarados, por lo cual ocasiona la objeción al pago del respectivo seguro.

Todo lo anterior lleva al convencimiento del Juzgado de que la señora Surith Amparo Vélez Pedraza, teniendo la información sobre su estado de salud, eligió callar y suscribir la declaratoria de asegurabilidad en el estado en que está allegada al proceso, es decir manifestando que no ante las distintas afecciones que le fueron puestas de presente.

Auscultado el material probatorio, se advierte que fueron precisamente las patologías y afecciones no declaradas las que incidieron directamente en la calificación de invalidez por las enfermedades preexistentes, ya que, es decir fueron precisamente esas patologías que no declaró las que determinaron su invalidez, evidenciándose que faltó al principio de buena fe en su declaración.

Ciertamente, existen en cabeza del asegurador deberes que le son atribuidos en su calidad de profesional de la actividad. Tanto para la Corte Suprema de Justicia como para la Corte Constitucional, la reticencia genera la nulidad del contrato de seguro como se lee en sentencia del 11 de abril del 2002, la Sala de Cas. Civ., en cita tomada de la sentencia T-251-2017, a menos que *“dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad”* lo que permite asegurar a la Corte Constitucional que *“la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos”*.

Entonces, la interpretación que hace el Despacho es que aun cuando los exámenes médicos no sean practicados, no se sanean irremediamente los vicios de que adolezca el contrato. Al lado de esa posición, está la de la Corte Suprema de Justicia para quien, como se acaba de citar, no es de exclusivo cargo del asegurador el conocimiento del estado del riesgo.

³ Minuto 23 de la grabación de la audiencia, visible archivo 11 del expediente digital.

Ahora bien, pese que BBVA SEGUROS, no pidió la historia clínica ni requirió la práctica de exámenes médicos a la señora Surith Amparo Vélez Pedraza, antes de admitirla en las pólizas, sí demostró en sede judicial la reticencia en que esta incurrió cuando negó su real estado de salud.

Para el Despacho, el deber de declarar sinceramente, precisa la revelación de lo que se conoce, con certeza, -para este caso sobre el estado de salud-, por lo tanto, considera este despacho que la demandante si fue reticente al momento de suscribir el contrato de póliza seguro de vida grupo deudores N° 0110043.

Así las cosas, efectuado el análisis de la apelación presentada, y con fundamento en la anterior Jurisprudencia, advierte esta Judicatura, que, probatoriamente hablando, la misma, tiene vocación de prosperidad, en tanto obra dentro del plenario, elementos probatorios que demuestran que la demandante tenía pleno conocimiento de la patología que dio origen al dictamen de pérdida de capacidad laboral.

Lo anterior se debe a que como ya se ha mencionado, el extremo demandado logró acreditar que la demandante tenía pleno conocimiento de sus patologías, es decir, se probó la preexistencia de las mismas, toda vez que como se avizora en la historia clínica o epicrisis que sirvió como fundamento para el dictamen de pérdida de capacidad laboral expedida en favor de la hoy demandante. Véase imagen inserta:

4

| | | | |
|---|---|--|-------------------------|
| FECHA DEL DICTAMEN: | 9 DE ABRIL DE 2019 | MUNICIPIO DONDE ES CALIFICADO: | BUCARAMANGA |
| 2.1 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO | | | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE(S) | |
| VELEZ | PEDRAZA | SURITH AMPARO | |
| FECHA DE NACIMIENTO | N. IDENTIFICACION | NIVEL DE ESCOLARIDAD | |
| 8 DE JULIO DE 1974 | 49.661.374 AGUACHICA | ESPECIALISTA | |
| TITULO PRE-GRADO: | LICENCIADA EN CIENCIAS BÁSICAS CON ENFASIS EN CIENCIAS NATURALES ESP GERENCIA INFORMATICA | | |
| EDAD | ESTADO CIVIL | DIRECCION DE RESIDENCIA DEL CALIFICADO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA |
| 44 AÑOS | CASADA | KRA 19 N. 7-67 | AGUACHICA |
| DÉPARTAMENTO DE RESIDENCIA | ZONA RURAL O URBANA | GENERO | F M |
| CESAR | URBANO | X | |
| 2.2 DATOS LABORALES | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA | ENTE TERRITORIAL DONDE LABORAL | MUNICIPIO DONDE LABORA | |
| INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA GUILLERMO LEON VALENCIA | SEO CESAR | AGUACHICA | |
| CARGO | GRADO DE ESCALAFON | FORMA DE VINCULACION | |
| DOCENTE PRIMARIA | 13 | PROPIEDAD | |
| FECHA DE VICULACION AL MAGISTERIO: | 12 DE ABRIL DE 1998 | ESTATUTO | 2277 |
| 3. ANTECEDENTES CLINICOS (EPICRISIS Y ESTADO ACTUAL) | | | |
| CONDICIÓN DE SALUD (SIGNOS Y SINTOMAS) | | | |
| DOLOR EN GARGANTA, ARDOR EN GARGANTA, ESCOZOR EN GARGANTA, CARRASPEO, ESFUERZO PARA HABLAR, AFONIA Y DISFONIA, DOLOR EN CUELLO, ESPALDA, HOMBROS BILATERAL Y CADERAS BILATERAL, DOLOR EN OIDO QUE SE IRRADIA A MANDIBULA QUE LIMITA PARA ABRIR LA BOCA POR DOLOR, INSOMNIO PARA CONCILIAR EL SUEÑO, SUEÑO NO REPARADOR, DESPERTARES MULTIPLES. EPISODIOS DE DISURIA, POLIAQUIRIA, NICTURIA, DOLOR EN ABDOMEN, DISTENSION DE ABDOMEN | | | |
| EPICRISIS O HISTORIA CLINICA: | | | |
| PACIENTE QUIEN REFIERE QUE DESDE EL AÑO 2014 APROX INICIO CON DOLOR Y ARDOR EN LA GARGANTA PARA LO CUAL SE AUTOMEDICABA, EN ALGUNAS OCASIONES ASISTIA AL SERVICIO MEDICO. EN EL AÑO 2017 LOS CUADROS DE DOLOR EN GARGANTA ERAN MAS RECURRENTES Y GENERABA INCAPACIDAD CORTAS 1-3 DIAS. DURANTE EL AÑO 2018 INICIA MANEJO CON OTORRINOLARINGOLOGIA, TERAPIAS DE VOZ Y TERAPIAS FISICAS SIN MEJORIA DE SU CUADRO, INCLUSO CON EL REPOSO NO CEDE SU PATOLOGIA. TAMBIEN PRESENTA MULTIPLES DIAGNOSTICOS QUE IGUALMENTE QUE NO PERMITEN SU ADECUADO DESEMPEÑO LABORAL TALES COMO MULTIPLES INFECCIONES URINARIAS + CALCULOS RENALES QUE HAN GENERADOS HOSPITALIZACION Y MANEJO POR URGENCIAS. TAMBIEN PRESENTA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DESDE 2014 EN REGION CERVICAL-DORSAL-LUMBAR-HOMBROS EN MANEJO ORTOPEDIA Y FISIATRIA QUE HA RECIBIDO MANEJO CON MEDICAMENTOS Y BLOQUEOS. SE ENCUENTRA EN MANEJO CON PSIQUIATRIA DESDE 2014 ASOCIADO A ENFERMEDAD DE SU HIJO MENOR A QUIEN LE DIAGNOSTICARON LINFOMA NO HODKIN DE CEL GRANDES DIFUSO ACTUALMENTE SUPERADA LA ENFERMEDAD POR EL HIJO, PERO LA PACIENTE CONTINUA CON EPISODIOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION SIN DEURIOS, TAMBIEN PRESENTA TRASTORNO DEL SUEÑO PRESENTA DIFICULTAD DE CONCILIACION DEL SUEÑO, DESPERTARES TEMPRANO. DESDE EL AÑO 2014 INICIO CON HIPERTENSION ARTERIAL CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSION E INFARTOS A TEMPRANA EDAD EN FAMILIARES, HA PRESENTADO DOLOR PRECORDIAL OPRESIVO LO CUAL VIENE EN MANEJO CON CARDIOLOGIA QUIEN ENCONTRO HIPERTROFIA VENTRICULAR | | | |

4. En anexo de la calificación de FELE, visible archivo 02 tanto de del expediente digital.

En ella se otea que la señora Surith Amparo Vélez Pedraza cuenta con antecedentes médicos desde el año 2014 respecto a patologías de hipertensión arterial, trastornos depresivos y malestares en la garganta los cuales generaban incapacidades.

En razón a las patologías antes citadas la entidad realizó objeción y por consiguiente no accedió a las solicitudes presentadas por la demandante.

| DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS | CAPITULO | TABLA | VALOR DE LA DEFICIENCIA % |
|--|----------|--------------------------|---------------------------|
| 1. DISFONIA | 3 | 3.1 | 25 |
| 2. HTA | 4 | 4.5 | 30 |
| 3. TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION | 1 | 1.7 | 15 |
| 4. NEURALGIA DEL TRIGEMINO | 1 | 1.11 | 7,5 |
| 5. ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES | 7 | 7.1 - 7.13 - 7.14 - 7.15 | 27,1 |
| 6. OBESIDAD | 5 | 5.2 | 15 |
| TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO A (SUMA ARITMETICA) | | | 100 |
| TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO B (A+(50-A)B/50) | | | |

5

De igual forma, se tiene que las patologías objeto de objeción, fueron precisamente las que dieron un mayor porcentaje en la calificación de pérdida de capacidad laboral, mismas que la demandante no declaró al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.

Se itera, las patologías de Hipertensión arterial, enfermedades osteomusculares y trastorno depresivo marcaron el mayor porcentaje al momento de la calificación, sin que en al momento de suscribir el contrato de seguro vida grupo deudores N° 0110043, fueren declaradas por la demandante. Ver imagen:

Ciudad: 1.39 Edad: 35 años Nombre: Camila Camacho
 Dependencia que presta: ...
 ¿HA SUFRIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?
 ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?
 ¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTICOMUNICACIONAL O POR DROGADICCIÓN?
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE UN ALGUNA ENTORNO O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ORGANOS?
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIATRICOS
 PARALISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLORES, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA ENDOCRINO?
RUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA HEMATOLOGICO O ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNOLOGICO?
DM OR EN EL TIEMPO, HIPERTENSION ARTERIAL, MI INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZON
 ENFERMEDADES RENALES, CALCULOS, PRÓSTATA, TESTICULOS
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO?
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD DEL RECTO, ESÓFAGO, VENTRÍCULO, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO?
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD DE LOS OJOS, NARIZ, GARGANTA, AMIGDALAS O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS?
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD DE CUALQUIER CLASE?
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?
 ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA OCASIÓN O LE HA SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO
 ¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

⁵ Pantallazo de la calificación de PCL, visible archivo 02 folio 50 del expediente digital.

En la imagen anterior, se logra avizorar que se solicita a la interesada declare si padece de *“Tastarnos mentales o psiquiátricos. Reumatismo, artritis gota, o enfermedades en los huesos, músculos o columna y dolor en el pecho, presión arterial, infarto o cualquier otra enfermedad en el corazón.”* a lo cual manifiesta no padecer.

Insiste esta judicatura que en razón a esas patologías sufridas por la demandante desde el año 2014, fue que se dictamino una perdida de capacidad laboral con un porcentaje de 99% y, las cuales como lo acreditó el extremo demandado fueron ocultadas por la señora Surith Amparo Vélez Pedraza, faltando a la buena fe contractual que han de regir las relaciones contractuales y configurándose reticencia al momento de suscribir el contrato de seguro vida grupo deudores N° 0110043, y en especial al efectuar la declaración de asegurabilidad, faltando al principio de buena fe que rige los acuerdos negociales, cual es el de la obligación intrínseca de cada parte para actuar durante la vigencia del negocio jurídico con la máxima honestidad. Teniendo en cuenta lo que acabó de explicarse, el demandado alcanza con sus reparos a derruir la sentencia atacada, por lo que habrá de revocarse la decisión del 22 de marzo de 2023 proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de Bosconia – Cesar, declarando *probada la excepción denominada “Nulidad relativa del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro personales por reticencia o inexactitud.”*

Por lo expuesto, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, Cesar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley;

RESUELVE:

PRIMERO: Revocar la sentencia de calenda el 22 de marzo de 2023, el Juzgado Promiscuo Municipal de Bosconia – Cesar., seguido por Surith Amparo Vélez Pedraza en contra de BBVA Seguros de vida S.A., por las razones expuestas en la parte considerativa.

SEGUNDO: Declarar probada la excepción de mérito propuestas por la parte demandada, de *“Nulidad relativa del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro personales por reticencia o inexactitud.”*, de conformidad a lo esbozado.

TERCERO: Negar en su totalidad las pretensiones de la demanda.

CUARTO: Sin condena en costas en esta instancia.

QUINTO: Notificar esta sentencia por estado, tal como lo dispone el Art. 12, del D. Ley 2213 del 2022. Devuélvase el expediente al juzgado de primera instancia.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Juez,

MARINA ACOSTA ARIAS

⁶ Pantallazo de declaración de asegurabilidad, visible archivo 02 folio 42 del expediente digital.

Firmado Por:
Marina Del Socorro Acosta Arias
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 003
Valledupar - Cesar

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: **8a4d1e06ab509365933c742e1afdeac49884867d3818a76e24dcccc014fdaec3**

Documento generado en 09/05/2024 02:48:07 PM

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