



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR
QUINTO PISO, PALACIO DE JUSTICIA
CARRERA 14 CALLE 14 ESQUINA, TEL. 5600410
VALLEDUPAR CESAR,
J03ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO: EJECUTIVO SINGULAR
DEMANDANTE: LUIS ALBERTO GALARZA GUTIERREZ
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICACIÓN: 20001-31-03-003-2017-00695-00.
FECHA: TREINTA (30) DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIUNO (2021)

Procede el despacho a proferir sentencia primera instancia en el asunto de la referencia, siendo necesario para ello realizar el siguiente estudio:

ANTECEDENTES.

1.1. De la Síntesis de la Demanda y Contestación. Por reparto de día trece (13) de marzo de 2018 (fl. 44), correspondió conocer de la Demanda Ejecutiva singular de Mayor Cuantía instaurada por LUIS ALBERTO GALARZA GUTIERREZ contra BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., a fin de que se librara mandamiento de pago por la suma de CIEN MILLONES DE PESOS \$100.000.000, por haber ocurrido el siniestro amparado bajo la póliza VG 011. Así mismo se solicitó que se librara mandamiento de pago por los intereses moratorios a que hace referencia el art. 1080 del código de Comercio, desde el 13 de junio de 2015 y se condenara a la parte demandada al pago de agencias en derecho (fl. 10).

Como hechos constitutivos de la acción se relacionan los que se compendian de la siguiente manera:

El día 01 de junio de 2010, el señor Luis Alberto Galarza Gutiérrez, suscribió con BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., el contrato de seguros de vida de incapacidad total y permanente contenido en la póliza VG 011, con vigencia desde 01 de junio de 2010, sin determinar fecha de culminación.

El asegurado Luis Alberto Galarza Gutiérrez, cumplió a cabalidad con las obligaciones propias del contrato de seguros, toda vez que declaró los hechos que determinaron el riesgo asegurable, así mismo ha cancelado puntualmente la prima que el seguro implicaba.

La Junta Regional de Invalidez, mediante dictamen N° 4985 determinó su invalidez y pérdida de capacidad laboral en un 55.34%, con fecha de estructuración 01 de agosto de 2014.

El 13 de mayo de 2015 el demandante presentó reclamación formal ante la demandada, solicitando la indemnización a que tiene derecho por darse las

condiciones establecidas en el contrato de seguro de vida e invalidez suscrito con la demandada.

De forma extemporánea, mediante escrito del 26 de noviembre de 2015, la compañía de seguros BBVA Seguros de vida Colombia S.A., objetó la reclamación presentada por el demandante, cuando ya por mandato legal se había consolidado la obligación indemnizatoria y la vía ejecutiva para la reclamación judicial en los términos del numeral 3 del artículo 1053 del C de Cio.

Además, en la objeción se manifestó que antes de ingresar a la póliza, ya se había diagnosticado trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía, lumbago con ciática, cefalea vascular y trastorno de disco cervical con radiculopatía.

Manifiesta el demandante, que no existe en el expediente prueba conlucir que la demandada haya realizado algún tipo de examen medico al demandante, ni exigido que el como demandado allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud.

Para la demostración de los hechos expuestos se allegó Copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral, copia de la reclamación, copia de la objeción, copia de la póliza VG 011, copia de la solicitud de seguro de vida y declaración de asegurabilidad y las documentales anunciadas en el acápite de pruebas (fls. 13 a 31). -

1.2. De la Admisión, Traslado y Notificación. Avocado el conocimiento por auto del día trece (13) de abril de 2018, ordenando notificar a la demandada, (fl. 46).

La demandada fue notificada personalmente a través de apoderada judicial, el día 19 de junio de 2018 (fl. 56) y dio contestación a la demanda el día 04 de julio del mismo año (fls. 57 a 97).

1.3. De la Contestación de la Demanda y las excepciones. La demanda fue contestada en tiempo por la apoderada de la demandada (fls. 57 a 97), proponiendo las siguientes excepciones: PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO, NORMA DE CARÁCTER IMPERATIVO; INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA POLIZA N° VG 011, POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COATANEOS A SU CLEBRACION ANTA LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DE RIESGO; IMPOSIBILIDAD DE AFECTACION DEL AMPARO CUYOS PAGOS SE RECLAMAN, POR INEXSTENCIA DE OPORTUNIDAD PARA CONTROVERTIR DICTAMENES DE CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PRACTICADOS A LA SEGURADORA, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1352 DE 2013Y GENERICA O INNOMINADA, de las que por auto del día dieciocho (18) de octubre 2018 se corrió traslado (fl. 144).-

1.4. Fijación de Fecha de Audiencia. Habiéndose agotado todas las etapas pertinentes el Despacho, señaló fecha de audiencia:

1.5. Audiencia de trámite en oralidad. Llegado el día de celebración de la audiencia, se evacuaron las etapas de conciliatoria la cual se declaró fallida por no haber ánimo conciliatorio, interrogatorio de las partes, fijación del litigio y decreto de pruebas. Posteriormente se procedió a suspender la audiencia y a fijar nueva fecha para evacuar las etapas de interrogatorio de parte a la representante legal de la demandada, alegatos y fallo.

El Despacho deja constancia de la inasistencia del representante legal de la parte demandada, por lo que se fija nueva fecha para recibir si interrogatorio.

En el interrogatorio de parte que se practicó al demandado este manifestó que fue tomador de la póliza de seguros, con un amparo de \$100.000.000, el valor de la prima mensual de \$117.000, manifiesta que la asesora luego de explicarle, todo lo concerniente a la póliza le pasa unos documentos para que los firme y le ponga la huella, que lo único que le preguntaron era si tenía una enfermedad psiquiátrica, a lo que respondió que no. Al mes siguiente le realizaron el primer descuento.

El Despacho concede el uso de la palabra a la apoderada de la parte demandada, para que practique el interrogatorio de parte al demandante.

Durante el interrogatorio la apoderada de la parte demandada, pone de presente los folios 30 y 31 del expediente, a fin de que el demandante reconociera los documentos suscritos por el demandante al momento de iniciar el contrato de seguros. El demandante, dice que la firma en ambos documentos es suya.

Posteriormente, y ante una respuesta dada por el interrogado al Despacho, le pregunta si la asesora que le brindó la póliza le preguntó sobre una enfermedad o le hablo de varias enfermedades, a lo anterior el interrogado contesta que le preguntaron sobre una sola enfermedad, que fue la psiquiátrica.

Respecto del folio 30, que le fue puesto de presente anteriormente, la apoderada de la parte demandada, pregunta si leyó lo que firmó. El interrogado contesta que no, porque se le dijo que solo firmara e impusiera su huella, el resto del documento lo llenaría la asesora.

La apoderada de la parte demandada, pregunta si para el mes de febrero de 2012, venía siendo tratado por la patología de trastornos del disco lumbar y radiculopatía, lumbago, ciática vascular y trastorno del disco cervical. El demandado contesta que, en su trabajo, por el trajín del mismo en la camioneta, se le presentaban dolores, por los que acudía al medico y lo medicaban para aliviar el dolor, así mismo le mandaron a hacer dieta.

Se le solicita informe el Despacho si el proceso de calificación para la pérdida de capacidad laboral, lo inicio por tramite de la EPS, u el mismo se dirigió a la Junta de Calificación directamente a hacer el trámite. El interrogado manifiesta que en principio no sabia como hacer esos trámites, entonces se dirigió a la

Junta, llevando una serie de patologías que tenía, allí le tocó pagar para tener la calificación, es decir la solicitud del dictamen la hizo el mismo.

Se le pregunta al interrogado manifieste la fecha en que le fue notificado la PCL, a lo que el interrogado responde que el dictamen le fue notificado en 14 de agosto de 2015.

Así mismo se le pregunta, en que fecha tomó la póliza. El interrogado responde 18 de junio de 2013.

El Despacho nuevamente interroga al demandante, sobre los documentos que se encuentran a folio 30 y 31, en el sentido de que manifieste si los diligencio o no, y en caso de no haberlos diligenciado porque no lo hizo. El interrogado contesta que no los diligencio por que la asesora del Banco le dijo que firmara y colocara la huella, así mismo le preguntó por la patología psiquiátrica, el resto lo hizo ella, cuando el firmó, los ítems del documento estaban en blanco. En las horas de la tarde se le entregó copia de estos dos documentos.

El Despacho pregunta al demandante, si en la tarde le entregaron los documentos marcados con una X, si no fue al Banco o a la Seguradora a verificar o clarificar la información marcada con las X, el interrogado contesta que no, simplemente los recibió y los guardó.

Con relación a lo contestado por el demandante, en pregunta anterior, es decir a que tenia cierta afecciones, el Despacho le pregunta al interrogado manifieste, si lo recuerda cuales son esas afecciones. El interrogado contesta que presentaba dolores en la espalda, sobre todo en la parte discal, los médicos lo atendían por medicina general, le enviaban medicamentos para el dolor, y le recomendaban terapias y bajar de peso.

El Despacho pregunta, al demandante, si recuerda, desde que momento, fecha, época comenzó a ser atendido con respecto al dolor de espalda. El interrogado contesta que a finales de 2014, 2015, los dolores se fueron intensificando, entonces de tanto ir a enfermería en “La Mina”, los médicos lo mandaron a que lo atendieran los especialistas por medicina prepagada, que era consulta directa, y ellos fueron los que le mandaron la resonancia para ver que daño tenía en la columna.

El Despacho pregunta en que época fue. El interrogado contesta que fue entre 2014 y 2015.

- En etapa de fijación del litigio, se realiza de la siguiente manera:

HECHOS DE LA DEMANDA	PARTE DEMANDANTE	PARTE DEMANDA	Folio a revisar	
1	Acepta que el contrato se suscribió el 18 de julio de 2013	No se admite	F. 30	

2	Se ratifica	No se admite		Entra a debate probatorio
No hay hecho tercero				
4	Se ratifica	Se acepta el hecho		Se excluye de debate probatorio
5	Se acepta el hecho	Se acepta el hecho		Se excluye de debate probatorio
6	Se corrige ese hecho, en cuanto al porcentaje de incapacidad y la fecha de suscripción del contrato	No se admite		Entra a debate probatorio
7	Se ratifica	Se acepta el hecho		Se excluye de debate probatorio
8	Se ratifica	No se admite		Entra a debate probatorio
9	Se ratifica	No se admite		Entra a debate probatorio
10	Se ratifica	No se admite		Entra a debate probatorio
11	Se ratifica	No se admite		Entra a debate probatorio

EXCEPCIONES	PARTE DEMANDADA	PARTE DEMANDANTE
1	se ratifica	Se pronunciarán después
2	se ratifica	Se pronunciarán después
3	se ratifica	Se pronunciarán después

PRETENSIONES	PARTE DEMANDADA	
	Se opondrá	

- Etapa probatoria

Parte demandante

- Documentales: Se tienen como tal los documentos allegados con la demanda.
- Se solicita a la parte demandada aporte original o copia auténtica de la póliza VG011 para lo cual se le otorga un término de hasta 5 días anteriores a la fecha de la audiencia de instrucción y juzgamiento.
- Interrogatorio de parte: se niega esta solicitud por no haber sido solicitada dentro de las oportunidades probatorias.

Parte demandada

- Documentales: Se tiene como tal los documentos allegados con el escrito de contestación.

Interrogatorio de parte: Esta prueba ya se practico

Posteriormente en audiencia de instrucción y juzgamiento, y ante el fallecimiento del señor Luis Alberto Galarza Gutiérrez, se tuvo como sucesora procesal de la parte demandante a la señora Marlis Carolina Alvernia Padilla, de conformidad con lo señalado en el artículo 68 del C.G.P.

En este estado de la audiencia se interroga a la Representante Legal de la Parte demandada.

Con relación al proceso iniciado por el señor Galarza Gutiérrez, manifiesta que es un litigio que se suscita en razón a una reclamación presentada a BBVA Seguros de vida Colombia S.A., por parte del señor Luis Alberto Galarza, en la que solicita se afecte la póliza de vida grupo vital VG011, por la cobertura de incapacidad total y permanente, en atención a que fue calificado por la Junta Regional de Calificación del Cesar el 24 de abril de 2015, en donde le dieron un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 55.34%, entonces en atención a que esa cobertura opera en la medida en que se configure una perdida de capacidad laboral superior al 50%, y el siniestro ocurra en vigencia de la póliza, esto es la fecha del dictamen ocurra en vigencia de la póliza, siempre que no exista ninguna causal de exoneración de responsabilidad, se atiende la indemnización, en este caso operó una causal de exoneración de la responsabilidad de BBVA seguros de vida Colombia S.A., teniendo en cuenta que el señor Luis Alberto Galarza, al momento de la suscripción del seguro, esto es al 1 de junio de 2010 (sic) tenia unos antecedentes de salud relevantes que habrían llevado a la demandada a pactar un seguro en condiciones técnicas y económicas muchos más onerosas.

Cuando se revisa la declaración de asegurabilidad se avizora que el señor Luis Alberto Galarza en dicha declaración de asegurabilidad omitió manifestar ese tipo de antecedentes de salud, en aras de haber pactado el seguro en condiciones correctas, dada estas circunstancias la demandada, objeta la reclamación por cobertura de incapacidad total y permanente el 26 de noviembre de 2015, por la nulidad relativa del contrato de seguros, en razón a la conducta reticente del señor Luis Alberto Galarza.

En el escrito de contestación a la demanda, también se encuentra como argumento principal que opero el fenómeno prescriptivo del contrato de seguros, y ello teniendo en cuenta que el dictamen de calificación de invalidez se le notificó al señor Luis Alberto Galarza desde el 28 de abril de 2015, y el señor Galarza, tan solo presentó la demanda el 06 de diciembre de 2017, esto es después del termino de dos años que establece el articulo 1080 del C de Cio, que establece la prescripción ordinaria y extraordinaria, con la que cuentan los beneficiarios, asegurados y/o tomadores para poder exigir judicialmente la afectación y el pago del contrato de seguro.

Se concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandante para que interroque.

EL apoderado pregunta si tiene conocimiento si al señor Luis Alberto Galarza, le indagó sobre su estado de salud. La interrogada contesta, que, si se le indagó a través del cuestionario de salud que esta insertado en la declaración de asegurabilidad, que le fue puesto de presente al momento de la suscripción al señor Galarza, que tiene incluso la rubrica plasmada en el mismo y que hoy no ha sido tachado de falso por la contraparte en este litigio.

Posteriormente se le pregunta si la compañía de Seguros BBVA, teniendo en cuenta la labor u oficio del señor Luis Alberto Galarza, determinaba su labor como de alto riesgo, manifiesta la interrogada que estamos ante una póliza de vida grupo vital y respecto al tipo de protección que ejercía el señor Luis Alberto Galarza y desde el punto de vista del contrato de seguro, no había ninguna estimación en cuanto a tarificación del riesgo por su profesión

Se pregunta si los asesores de seguros de BBVA seguros tiene la potestad para poder llenar a puño y letra todo lo concerniente a la solicitud de seguros de vida grupo, se responde que los asesores son del Banco, entidad diferente a la Aseguradora, la Aseguradora da una capacitación a los asesores. Sobre el diligenciamiento de la declaración recae sobre los potenciales asegurados, en este caso sobre el señor Galarza, la función del asesor del Banco, según las capacitaciones, es hacer una asesoría para que la persona al momento de diligenciar ese tipo de documentos tenga el conocimiento, además esta es una póliza voluntaria en la que el asesor explica el producto y es la persona quien decide si se adhiere a la póliza.

Finalmente se escuchan los alegatos de los apoderados.

2. PROBLEMA JURIDICO.

Primero: Determinar si el documento que fue aportado y si se cumplen los requisitos para que esta póliza tenga las características de titulo ejecutivo, es decir claridad, expresividad y la exigibilidad, posterior a ello, en caso de que se cumplieran tales requisitos determinar, si la parte demandante probó los hechos de la demanda, si ellos fueren probados determinar si las excepciones de merito propuestas prosperaren o no.

3. TESIS DEL DESPACHO.

De conformidad a la valoración del material probatorio allegado, se encuentran probadas las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada.

4. CONSIDERACIONES.

4.1. De los presupuestos procesales y las nulidades. Se observa en el caso sublite que concurren cabalmente los denominados presupuestos procesales, de tal suerte que no aparece reproche por hacer desde este punto de vista, como tampoco en torno a la validez de lo actuado, más aún cuando las mismas parte, no realizaron recriminación alguna en relación al procedimiento ni al proceso, en virtud de lo cual, considera el Despacho puede pronunciarse de fondo.

Después de analizar lo pertinente acerca de los presupuestos procesales, lo primero que hace el Despacho es hacer un estudio oficioso del título valor aportado al presente proceso.

Si bien es cierto el C.G.P., en el artículo 430 nos enseña que “Los requisitos formales del título ejecutivo sólo podrán discutirse mediante recurso de reposición contra el mandamiento ejecutivo. No se admitirá ninguna controversia sobre los requisitos del título que no haya sido planteada por medio de dicho recurso. En consecuencia, los defectos formales del título ejecutivo no podrán reconocerse o declararse por el juez en la sentencia o en el auto que ordene seguir adelante la ejecución, según fuere el caso.”

También es cierto el hecho de que el Juez está habilitado aun oficiosamente para estudiar el título ejecutivo, lo anterior por cuanto este es “el primer tópico relativamente al cual se ha de pronunciar a fin de depurar el litigio de cualesquiera irregularidad sin que por ende se pueda pregonar extralimitación o desafuero en sus funciones, máxime cuando el proceso perennemente ha de darle prevalencia al derecho sustancial (artículo 228 Superior)”¹

El Despacho se acoge a la tesis que la hermenéutica que ha de dársele al canon 430 del Código General del Proceso no excluye la «potestad-deber» que tienen los operadores judiciales de revisar «de oficio» el «título ejecutivo» a la hora de dictar sentencia, ya sea esta de única, primera o segunda instancia (ello es predicable, en línea de generalísimo principio, respecto de todos los procesos ejecutivos y no meramente de los de alimentos de que aquí se viene tratando en particular), dado que, como se precisó en CSJ STC, 8 nov. 2012, rad. 2012-02414-00, «en los procesos ejecutivos es deber del juez revisar los términos interlocutorios del mandamiento de pago, en orden a verificar que a pesar de haberse proferido, realmente se estructura el título ejecutivo (...) Sobre esta temática, la Sala ha indicado que “la orden de impulsar la ejecución, objeto de las sentencias que se profieran en los procesos ejecutivos, implica el previo y necesario análisis de las condiciones que le dan eficacia al título ejecutivo, sin que en tal caso se encuentre el fallador limitado por el mandamiento de pago proferido al comienzo de la actuación procesal” [...]» (se resaltó).

De modo que la revisión del título ejecutivo por parte del juez, para que tal se ajuste al canon 422 del Código General del Proceso, debe ser preliminar al emitirse la orden de apremio y también en la sentencia que, con posterioridad, decida sobre la Litis, inclusive de forma oficiosa.”²

Sobre los requisitos formales del título tenemos que de conformidad con lo señalado en el artículo 422 del C.G.P., estos se refieren a que contengan “obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante, y constituyan plena prueba contra él...” La claridad del título refiere a que de la literalidad del mismo no surja confusión o ambivalencia, que la obligación se pueda entender en un solo sentido; expresa

¹ Auto 2ª instancia-17 de agosto de 2018, Radicación: 66001-31-03-003-2015-00344-01. Tribunal Superior Del Distrito Judicial Sala Unitaria Civil Familia. Magistrado: Jaime Alberto Saraza Naranjo

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil y Agraria. No. T 1100102030002017-01172-00 de 24 de mayo de 2017

apunta a que de manera taxativa se indique la obligación allí contenida sin que se admita la posibilidad de duda al respecto, que el título sea cierto y específico. Finalmente se entiende por actualmente exigible, que la obligación contenida en el título ejecutivo se encuentre de plazo vencido, esto es que, la fecha que por acuerdo de voluntades se haya señalado para el pago del derecho en él incorporado, esté vencida.

En el caso en estudio tenemos que el título ejecutivo base de la ejecución es una póliza de seguros. Según el artículo 1053 del Código del Comercio, “la póliza de seguros, por si sola, prestará mérito ejecutivo contra el asegurador en los siguientes casos:

1. En los seguros dotales una vez cumplido el respectivo plazo;
2. En los seguros de vida, en general, respecto de los valores de cesión o rescate,
3. Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda...”

Con respecto al tercero de los casos previstos anteriormente (que es el que interesa en este caso, por cuanto es con fundamento en el mismo que el demandante pidió librar mandamiento de pago), la póliza de seguro adquiere carácter de título ejecutivo en cualquiera de los tres casos siguientes:

- (i) cuando transcurrido un mes de haberse formulado la reclamación, el asegurador NO OBJETA dicha reclamación;
- (ii) cuando la objeción se formula extemporáneamente, esto es, después de vencido dicho término;
- (iii) cuando a pesar de haber sido objetada oportunamente (en el término legal antes reseñado), el juez reputa que la objeción no es seria y fundada.

La norma exige requisitos diferentes según la hipótesis de que se trate. En el primer caso (no objeción), bastará al ejecutante “manifestar tal circunstancia”. En el segundo evento (objeción extemporánea), el actor deberá acreditar la extemporaneidad, en el tercer caso (objeción oportuna), acreditado que la objeción fue formulada tempestivamente, corresponderá al juez examinar si ella es seria y fundada, esto es, sus motivaciones; si de ese análisis concluye que la objeción es seria y fundada (las dos cosas), procederá a negar el mandamiento de pago; en caso contrario, librárá la orden de pago incoada.

Según lo consagrado en el numeral 3 del artículo 1053 del C. de Comercio en este asunto nos encontramos ante la conformación de un título ejecutivo complejo. Además, para su recaudo, la acción ejecutiva está sometida a un requisito de procedibilidad. Lo primero, por cuanto la póliza, al ser presentada como fundamento de la reclamación ante el asegurador, debe estar integrada o aparejada de los documentos que acrediten el cabal cumplimiento de los requisitos del artículo 1077, esto es, “...la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso...”. Y lo segundo, en razón a que al

demandante corresponde demostrar al instaurar la demanda que efectivamente formuló a la aseguradora la reclamación con los comprobantes del caso, y que ha transcurrido un mes (entre la reclamación y la presentación de la demanda) sin que se le haya objetado su reclamación.

Descendiendo al caso en estudio, y, después de analizar las anteriores premisas, advierte el despacho que con la demanda se presentó en debida forma el título ejecutivo de conformidad con lo establecidos en la Ley, es decir el ejecutante aportó la póliza N° VG 011, la correspondiente reclamación que radicó ante la aseguradora acompañada de los documentos que probaban la ocurrencia del siniestro.

Siendo así las cosas podemos decir que en lo que concierne a estos presupuestos se tienen por cumplidos.

Con el objeto de controvertir las pretensiones de la demanda y la existencia de la obligación contenida en la póliza N° VG 011, la Aseguradora BBVA seguros de Vida Colombia S.A., presenta las excepciones de: PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO, NORMA DE CARÁCTER IMPERATIVO; INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA POLIZA N° VG 011, POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COATANEOS A SU CLEBRACION ANTA LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DE RIESGO; IMPOSIBILIDAD DE AFECTACION DEL AMPARO CUYOS PAGOS SE RECLAMAN, POR INEXSTENCIA DE OPORTUNIDAD PARA CONTROVERTIR DICTAMENES DE CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PRACTICADOS A LA SEGURADORA, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1352 DE 2013 Y GENERICA O INNOMINADA, fundamentando cada una de ellas de la siguiente manera:

PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO, NORMA DE CARÁCTER IMPERATIVO: Manifiesta la aseguradora que de conformidad con lo establecido en el artículo 1081 del C. de Cio. Es evidente que opero el fenómeno de prescripción extintiva de las acciones derivadas del contrato de seguro plasmado en la póliza de seguro de vida grupo N° VG 011 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., y en la que fungió como asegurado el señor Luis Alberto Galarza Gutiérrez, conforme a lo siguiente:

EL demandante aportó como prueba documental, escrito de fecha 07 de mayo de 2015, mediante el cual anexaba certificado de que el dictamen N° 4985 del 28 de abril de 2015, proferido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar se encuentra en firme.

Dicen que la fecha de consolidación del término de prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro era el día 27 de abril de 2017. La demanda, de la referencia, fue presentada el día 06 de diciembre de 2017, momento en el cual la prescripción de las acciones derivadas del contrato de

seguros se encontraba debidamente consolidada, conforme lo establece el artículo 1081 del C. de Cio.

INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA POLIZA N° VG 011, POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COATANEOS A SU CELEBRACION ANTA LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DE RIESGO: Como fundamento de esta excepción, se manifiesta por parte de la demandada, que conviene tener en cuenta los antecedentes médicos del asegurado, Luis Alberto Galarza Gutiérrez los cuales no informó de manera sincera y veraz a la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad correspondiente a la póliza de seguro vida grupo N° 011.

Así mismo, se reitera que el señor Luis Alberto Galarza Gutiérrez, para ingreso al grupo asegurado de la póliza de vida VG 011, diligenció, suscribió y firmó con su puño y letra la declaración de asegurabilidad, en la que textualmente manifestó no padecer ningún tipo de patología médica.

De lo anterior se concluye que el demandante no informó a la aseguradora el verdadero estado del riesgo, y por tal virtud, se generó nulidad relativa del contrato de seguro, por vicios coetáneos a su celebración.

Dicen que demostrado se encuentra que el tomador fue reticente al momento de declarar el estado del riesgo al no haber contestado con sinceridad una de las preguntas formuladas por el asegurador en el cuestionario propuesto.

IMPOSIBILIDAD DE AFECTACION DEL AMPARO CUYOS PAGOS SE RECLAMAN, POR INEXISTENCIA DE OPORTUNIDAD PARA CONTROVERTIR DICTAMENES DE CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PRACTICADOS A LA SEGURADORA, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1352 DE 2013: como fundamento de esta excepción se manifiesta que el dictamen N° 4985 emitido el 28 de abril de 2015, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no contó con la oportunidad de ejercer el derecho de contradicción dentro del trámite de calificación efectuado al señor Luis Alberto Galarza Gutiérrez, y por lo tanto tampoco contó con la oportunidad de presentar recursos de Ley, para el trámite de alzada ante juntas de calificación a efectos de resolver eventuales discrepancias.

Actualmente el dictamen se encuentra en firme, sin que haya cumplido con las especificaciones establecidas en el manual único para la calificación de pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, Decreto 1507 de 2014, ni lo establecido en el Decreto 1352 de 2013.

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., no fue notificada, ni recibió comunicación alguna, con respecto a la calificación contenida en el dictamen N° 4985 de fecha 28 de abril de 2015, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, pese haber asumido los riesgos de invalidez y muerte por medio de la

póliza de seguro de vida N° VG 011, expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Como consecuencia de lo anterior, es clara la vulneración al debido proceso y al derecho de contradicción de seguros de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., en su calidad de persona jurídica interesada en el dictamen precitado.

Considera el Despacho que lo primero que debe estudiarse, es lo relativo a la sucesión procesal presentada, con ocasión al fallecimiento del demandante Luis Alberto Galarza Gutiérrez.

Sobre este tema la Subsección C de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado nos dice

34.3.2 En relación con la sucesión procesal prevista en el artículo 60 del Código de Procedimiento Civil, se establece que al fallecimiento de un litigante [o al declararse ausente o en interdicción] el proceso podrá continuar con cónyuge, albacea con tenencia de bienes, herederos o curador²⁰. En dicho evento, cuando fallece el litigante [que como en nuestro caso ocurrió con Marco Aurelio Cajiao Pizarro], como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera:

“[...] la sentencia producirá efectos respecto de ellos aunque no concurren. De acuerdo con la doctrina, esta figura procesal no constituye una intervención de terceros, sino un medio encaminado a permitir la alteración de las personas que integran la parte. En casos como éste, el fallecimiento de la parte actora no produce la suspensión o interrupción del proceso, ya que sus intereses los sigue defendiendo el apoderado o el curador, porque de conformidad con el inciso 5° del artículo 69 del C. de P.C. la muerte del mandante o la extinción de las personas jurídicas no pone fin al mandato judicial. En cambio, de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 2° del artículo 168 del C. de P.C. la muerte o enfermedad grave del apoderado judicial de alguna de las partes si constituye causal de interrupción, lo cual no ocurrió en este caso. Es el artículo 60 del C.P.C. la norma destinada a tipificar la figura, la cual se estructura de manera diversa según se trate de personas naturales o jurídicas las sustituidas y si la causa la origina un acto entre vivos o sucesión por muerte de la persona natural. En relación con las personas naturales -que es la que nos interesa-, dispone el inciso primero que fallecido un litigante, y por tal se comprende tanto a quien integra una parte como al que actúa con cualquiera de las calidades de un tercero, o declarado ausente o en interdicción “el proceso continuará con el cónyuge, el albacea con tenencia de bienes, los herederos o el correspondiente curador”, aún (sic) cuando debe advertirse que en algunos procesos el deceso de la persona implica la terminación del mismo por cuanto no puede operar la figura, tal como sucede en los procesos de divorcio, separación de bienes, de cuerpos o de nulidad de matrimonio donde la muerte de una de las partes implica culminación inmediata de la actuación por sustracción de materia y en atención a la índole personalísima de las relaciones jurídicas en debate. Otro sector de la doctrina, ha dicho que la sucesión procesal se presenta cuando cualquiera de las partes es sustituida por otra o se aumenta o reduce el número de personas que la integran. Se define, conforme al sencillo concepto de Ramos Méndez, como “la sustitución de una de las partes por otra que ocupa su posición procesal”. Esta especie de crisis - como lo denomina AZULA

CAMACHO-, consiste exclusivamente en el cambio de personas que integran cualquiera de las partes y, por tanto, es factible que afecte al demandante o al demandado o, incluso, a un tercero interviniente. El sucesor queda con los mismos derechos, cargas y obligaciones procesales que su antecesor. La sucesión procesal no entraña ninguna alteración en los restantes elementos del proceso. Por ser un fenómeno de índole netamente procesal, tampoco modifica la relación jurídica material, que, por tanto, continua igual, correspondiéndole al funcionario jurisdiccional pronunciarse sobre ella como si la sucesión procesal no se hubiese presentado.

(...)

En lo relacionado con la transmisibilidad mortis causa del derecho a la reparación de los daños morales ha sido punto discutido entre quienes sostienen que tratándose de un derecho personalísimo -inherente a la personalidad-, es intransmisible e incesible (sic), por la consideración de que esa clase o categoría de derechos se encuentra íntimamente ligada a la existencia de su titular y sobreviniendo la muerte, no pueden transmitirse a los herederos; también se sostiene, en apoyo de esta postura, que los perjuicios morales dada su naturaleza intrínseca que se fundamenta en el dolor, el padecimiento, la congoja o la tristeza padecidos por la víctima, no pueden ser susceptibles de transmisión como que el único legitimado para reclamarlos es la propia víctima o el directamente afectado ya que resultaría “inmoral” aceptar la transmisión de este perjuicio, como que el dolor no puede ser susceptible de actos dispositivos que comporten la transmisibilidad del mismo. Sin embargo, la jurisprudencia ha considerado que no existe en el ordenamiento colombiano precepto prohibitivo que permita afirmar la intransmisibilidad de un derecho de naturaleza patrimonial, que desde luego puede ser ejercido bien directamente por el afectado o por los continuadores de su personalidad, sucesores mortis causa, que en su condición de herederos representan al de cujus, o más propiamente, ocupan el lugar y la posición jurídica que ostentaba el causante frente a la totalidad de los derechos y acciones de contenido patrimonial transmitidas por virtud del fallecimiento. Finalmente, si bien es cierto los perjuicios morales dependen necesariamente del sentimiento de un individuo en particular, cuando se solicita el reconocimiento de estos por parte de los sucesores procesales, no es que se transmita el dolor, la angustia o la congoja causada por el daño a quien en vida lo padeció y sufrió, como equivocadamente lo advirtió el a quo, pues lo que se transmite es el derecho a reclamar por tal sufrimiento de la persona que era titular del mismo y por ende legitimada para demandar. En conclusión, como la señora Guzmán de Orjuela sufrió perjuicios morales antes de morir, el derecho a su reparación fue transmitido a su sucesión”³.

Referente al caso particular de que trata el presente litigio, y de conformidad con lo expuesto en la anterior Jurisprudencia, es claro para el Despacho, que la figura de la sucesión procesal consagrada en el artículo 68 del C.G.P., como un fenómeno netamente de índole procesal, sale a la luz, en consecuencia de un hecho natural, como es la muerte del demandante, situación que además no termina el poder conferido en representación de sus derechos, ni constituye la intervención de terceros, sino que produce una alteración en la persona que integra la parte, ocupando siempre la misma posición procesal.

³ Sección Tercera, sentencia de 10 de marzo de 2005, expediente 16346. Puede verse también: Sección Tercera, sentencia de 10 de septiembre de 1998, expediente 12009.

Resulta importante referirnos, a que nos encontramos en presencia de un proceso ejecutivo, cuyo objeto no es que se declare un derecho incierto (como en los declarativos) sino que se cumpla con una obligación que se encuentra inmersa en un título ejecutivo (póliza de seguros), el cual es objeto de ser transmitido por causa de muerte a los herederos del causante.

Ahora entrando al estudio de las excepciones planteadas, encuentra el Despacho pertinente analizar y valorar el material probatorio allegado, a fin de estudiar la excepción propuesta denominada INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA POLIZA N° VG 011, POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COATANEOS A SU CLEBRACION ANTA LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DE RIESGO.

Sobre el tema objeto de discusión es necesario puntualizar, de manera liminar, que la declaración del estado del riesgo constituye un aspecto de cardinal importancia en el contrato de seguro, pues ella le permite al asegurador conocer las particularidades propias del hecho futuro e incierto cuya cobertura va a asumir, lo que igualmente le permitirá valorar la conveniencia de contratar o no, las eventuales condiciones especiales en caso de que se opte por la negociación; trascendencia por la que se exige que en el cumplimiento de esta carga de información, el candidato a tomador exteriorice, de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, -insustituible en los contratos de confianza como lo es el seguro-, la realidad del riesgo que se pretende amparar.

Así mismo, es preciso memorar que con el propósito de proteger este principio, el legislador consagró de manera positiva un riguroso régimen de sanciones, para aquellas eventualidades en las que el asegurando omita cumplir con la carga de información evocada, habiendo elegido el legislador, dentro de la diversa gama de ineficacias, la nulidad relativa del contrato como respuesta a la reticente o inexacta información suministrada por el aspirante al efecto.

En el caso que ocupa la atención de esta instancia, la parte actora expresa lo siguiente:

- a. *El señor Galarza Gutiérrez cumplió a cabalidad con las obligaciones propias del contrato, toda vez que declaró los hechos que determinaron el riesgo asegurable diligenciando verazmente el formulario elaborado por la aseguradora. Hecho 2 del libelo demandatario.*

Sobre el punto, no pierde de vista esta Judicatura que por el solo hecho de callar información, o de suministrarla de manera distorsionada, etc., no se genera, de forma mecánica u objetiva la nulidad relativa, pues no toda reticencia o inexactitud tiene el poder de viciarlo, por lo que es de rigor que el juzgador proceda a determinar las circunstancias en que se expidió esa información, pues si la versión falaz o desfigurada fue advertida por la sociedad aseguradora durante la etapa de expresión del asentimiento negocial, o ella debió conocerla dado el carácter profesional con que actúa en este específico ramo, o de las mismas se puede deducir que resultaban inanes para la conformación del consentimiento

contractual, en estas eventualidades el legislador de manera expresa, dispuso la inaplicabilidad de la sanción.

No obstante, lo anterior, al interpretar el material probatorio allegado, es evidente que para la época en la que se tomó el seguro y se declaró que no a las preguntas de declaración de asegurabilidad, está probado, conforme a la declaración rendida por el demandado, que para esa época ya venía sufriendo de dolores lumbares, por los cuales fue atendido varias veces por medicina general, afecciones que a la postre llevaron a que fuera atendido por especialistas, de donde fluye que esa respuesta negativa se califica como un acto de insinceridad, pues al tener conocimiento de las mentadas patologías y afecciones, éstas debieron ser comunicadas, como hecho de interés para que la sociedad aseguradora decidiera si otorgaba o no el amparo y, en caso afirmativo, en qué términos.

Esa declaración coincide con lo indicado en el documento denominado “ponencia del caso del paciente” donde dice que para la fecha de emisión del dictamen tenía “antecedentes de dolor lumbar y cervical desde hace 4 años”, concepto que se repite en la argumentación del caso.

La Corte Constitucional, a través de la sentencia T-832 de 2010, fijó como reglas, en materia de preexistencia y reticencia en los contratos de seguro, las siguientes:” (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencia radicaba en cabeza de la aseguradora y no en cabeza del tomador del seguro y (ii) las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban examen médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados.”

De acuerdo con lo anterior los límites de la libertad asegurativa “se concretan en la inoponibilidad de preexistencia que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato”. Esto implica entonces que la aseguradora debe exigir un examen médico so pena de no poder alegar preexistencias en eventos futuros.

Por otra parte, en la sentencia T-751 de 2012 se fijaron unas reglas relacionadas a las cargas que tienen que cubrir las aseguradoras cuando alegan preexistencia, de la siguiente manera:

“Cuando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-. Por tanto, la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión

descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo”.

Ahondando más en el tema de la “preexistencia en materia de seguros” la máxima guardiana de la constitución en la sentencia T 222 de 2014 sostuvo:

“el principio de buena fe en el derecho colombiano, desde siempre, ha tenido una importancia trascendental en las relaciones contractuales. No ha sido poca la jurisprudencia de esta Corporación la que ha señalado que los particulares deben actuar de manera honesta y transparente en sus relaciones privadas. Incluso, en algunos casos, la legislación colombiana y la jurisprudencia constitucional han avalado la imposición de sanciones a aquellos sujetos que actúen en contra de este principio: esto es, de mala fe.

Pues bien, en el derecho de seguros la situación no varía mucho. A grandes rasgos, el concepto de riesgo es el elemento más importante y esencial en esta clase de Contratos. Gracias a éste es posible identificar el siniestro y con ello, saber cuándo y cómo deben proceder las partes a cumplir sus obligaciones. Incluso, es un asunto que adquiere relevancia para fijar la prima del seguro. Pues bien, determinar el riesgo depende de muchos factores. Uno de ellos, la declaración del asegurado. Gracias a esta manifestación, entre otros aspectos, es posible que la empresa aseguradora determine el nivel del riesgo y todo lo que ello implica. De allí su importancia. Si el tomador del seguro no informa las condiciones previas al amparo del riesgo, el asegurador no sabrá cuál es el riesgo que está amparando. Visto de otra manera: el contrato de seguro se desnaturaliza.

En este orden de ideas, si el artículo 1058 del Código de Comercio obliga al asegurado a declarar “sinceramente”, es claro que la preexistencia, no siempre, será sinónimo de reticencia⁴. En efecto, como se mencionó, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga. No simplemente un hecho previo celebración del contrato. Por su parte, la preexistencia es un hecho objetivo. Se conoce con exactitud y certeza que “antes” de la celebración del contrato ocurrió un hecho, pero de allí no se sigue que haya sido de mala fe. La preexistencia siempre será previa, la reticencia no.”

Corolario de lo expuesto, al callar el tomador, información que era de importancia para la expresión del consentimiento por parte de la aseguradora, desconoció el principio de la buena fe, que de manera superlativa se exige en esta tipología de negocio, en el que se maneja el fluido suministro de datos, que se aportan sin necesidad de que se haya verificado su real existencia, razón por la cual “en lo que respecta al tomador o asegurado las hace al solicitar el seguro, las que exige la ley deben hacerse con pulcritud, que sean verídicas y que no haya callado ni ocultado circunstancias que de conocerlas el asegurador, no habría consentido en el contrato, o habría consentido en él bajo otras condiciones”⁴, axioma que desconoció el tomador, lo que genera, la confirmación de este segmento de la providencia.

⁴ CSJ. Sentencia S-139 del 18 de octubre de 1995.

Conforme al artículo 1058 del C. de Co., si el tomador, en el negocio aseguraticio, oculta hechos relevantes sobre el estado del riesgo, o da cuenta de ellos con imprecisión, vaguedad o inexactitud, o responde de manera mentirosa las preguntas contenidas en el cuestionario que le planteó el “asegurador” en la respectiva “**declaración**”, el juez, ante la oportuna protesta del “asegurador”, debe reconocer la nulidad relativa del contrato, a menos que la inexactitud o reticencia provengan de error inculpable -evento en el cual el “asegurador” sólo deberá pagar un porcentaje de la prestación asegurada-, o que el “asegurador” haya conocido o debido conocer las circunstancias sobre las que versan los vicios de la “declaración”.

En el proceso se aporta la prueba de la declaración de asegurabilidad, en la cual el tomador indico que no en todos los ítems.

Al punto, el máximo organismo de la especialidad civil de la jurisdicción ordinaria, ha señalado que:

“La declaración de asegurabilidad puede ser dirigida o espontánea. La primera se traduce en un cuestionario concreto sobre lo que es relevante para el asegurador en relación con la situación del riesgo. La espontánea se expresa en una solicitud genérica de información que el asegurador plantea al tomador sobre hechos y circunstancias del riesgo que a juicio del solicitante resulten significativas para el asegurador.

En ambos casos el deber de información existe, pero en el segundo, o sea el de la declaración espontánea, necesaria y lógicamente se morigera su severidad, y por ende se reduce el nivel de exigencia para la configuración de la reticencia o la inexactitud como causales de nulidad relativa del contrato, porque si es el asegurador quien por razones técnicas cuenta con los elementos de juicio que permitieran precisar el tipo de información requerida, entonces debió acudir a una declaración dirigida.

Ahora, es posible la contratación sin ninguna información sobre el estado del riesgo, **porque no hubo declaración alguna**, ni tampoco inspección, **caso en el cual debe entenderse la manifestación tácita de la aseguradora de asumir el riesgo, cualquiera sea la probabilidad del daño que gravite sobre el interés asegurado. En otras palabras, en tal evento no se puede predicar nulidad por reticencia, ni mucho menos por inexactitud**, ni tampoco es posible la reducción de la prestación a cargo del asegurador.” (CSJ. Sentencia de 19 de mayo de 1999, exp. 4923; se resalta).

Entonces, debemos puntualizar que el contrato de seguro, según el artículo 1036 del Estatuto Mercantil, “es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.”, cuya característica “...es la transmisión de un riesgo mediante el pago de una prima y por el hecho de recibir ese precio el asegurador asume sobre su propio patrimonio el riesgo que gravitaba en el patrimonio del asegurado⁵; por esencia es de carácter indemnizatorio, pues, con él se busca restablecer la situación económica afectada por un siniestro, sin que pueda constituirse para el asegurado en una fuente de enriquecimiento.

Este tipo de contratos está fundamentado en la “buena fe” no solo en su celebración sino también en su ejecución, por ello es que de conformidad con el artículo 1058 *ibídem*, el tomador del seguro, en virtud de ese principio, tiene la carga de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo, con independencia que la aseguradora los constate, puesto que de todos modos aquel no queda liberado de las consecuencias adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, cuando ésta se sujeta a un cuestionario determinado, al punto que de haberlas conocido el asegurador se habría retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas. Al fin y al cabo, nadie conoce mejor las condiciones del riesgo al que está expuesto el interés o la cosa asegurada que el tomador o asegurado, cuya información real, completa y certera resulta necesaria para la cabal formación del contrato de seguro.

En palabras de la Corte Suprema de Justicia:

“... la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas.

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo

⁵ Garrigues Joaquín Curso de Derecho Mercantil Tomo IV pág., 260

1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.”⁶

En ese orden de ideas, se trata que las partes, a partir de una información veraz, tomen las decisiones que se ajusten a sus intereses, con mayor razón cuando se encuentra involucrado un aspecto tan importante como la salud que como se sabe trasciende la esfera privada y, por ende, sometido a reserva. De ahí que si sobre su salud, en principio el asegurado lo sabe todo, y por obvias razones no la aseguradora, aquel se convierte en fuente principal, aunque no única, de la información que sobre ella tiene, luego por esa razón en la formación del contrato de seguro, es su obligación actuar de la manera más transparente posible.

Lo anterior, porque

“un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal viene a estar asociada a la intimidad del asegurado”⁷.

Desde luego, en los seguros de vida, cuando el tomador asegurado omite el deber de informar sinceramente su estado de salud y sus antecedentes médicos, siendo esto relevante para el consentimiento del asegurador, el amparo otorgado en esas circunstancias no estaría exento de vicios, porque al alterar el estado del riesgo ello conlleva a que el asegurador se haga un juicio equivocado sobre éste. En ese evento, el numeral primero del artículo 1058 del Estatuto Comercial, sanciona, la inexactitud o la reticencia con la nulidad relativa del contrato de seguro.

En consecuencia, de lo anterior la excepción de mérito denominada INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA POLIZA N° VG 011, POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COATANEOS A SU CELEBRACION ANTA LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DE RIESGO, está llamada a prosperar

Así las cosas, considera esta Judicatura deberá declarar que las excepciones propuestas por la parte ejecutada denominada INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA POLIZA N° VG 011,

⁶ C. S. de J. Cas. Civ. Sent. 1° de junio de 2007.

⁷ C.S.J. Sent. 19 de diciembre de 2006

POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COATANEOS A SU CELEBRACION ANTA LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DE RIESGO, está llamada a prosperar, no pudiendo seguir adelante la ejecución, sin que sea necesario pronunciarse acerca de las otras excepciones formuladas, debido a que la declarada conlleva al rechazo de las pretensiones de la demanda.

5. DECISION

En mérito de lo expuesto el Juzgado Tercero Civil Circuito de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

6. RESUELVE:

PRIMERO: Declárese probadas las excepciones INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA POLIZA N° VG 011, POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COATANEOS A SU CELEBRACION ANTA LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DE RIESGO, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la providencia.

SEGUNDO: En consecuencia de lo anterior, niéguese las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Condese en costas al demandante, en favor de la parte demandada. Tasense por secretaria, si se encontraren acreditadas. Fijense como agencias en derecho la suma de \$3.000.000

CUARTO. Ordénense levantar las medidas cautelares que hubieren sido practicadas. Tómesese atenta de nota por secretaria, en caso de solicitud de remanente.

QUINTO. Notifíquese esta providencia de conformidad con lo establecido en el Art. 295 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JUEZ,


MARINA ACOSTA ARIAS

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

En estado No.062 Hoy 31 de agosto de 2021 se notificó a las partes el auto que antecede (Art. 295 del C.G.P.)

INGRID MARINELLA ANAYA ARIAS
Secretaria