



REPUBLICA DE COLOMBIA

## **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA**

Bucaramanga, seis (06) de julio de dos mil veintiuno (2021)

### **SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA EXPEDIENTE NÚM. 2019-081-01**

Procede el Despacho a dictar la sentencia escrita de segunda instancia a fin de resolver el recurso de apelación propuesto por la parte demandante contra la sentencia oral de fecha 24 de julio de 2020, proferida por el JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA dentro del proceso verbal de RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL (PAGO SEGURO DE VIDA GRUPO) promovido por HECTOR IVAN MELO MOLINA contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.; atendiendo a lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 806 del 04 de Junio de 2020, en concordancia con el artículo 280 del C.G.P, después de observar que no se encuentra vicio alguno capaz de conllevar a nulidad lo actuado, y que además se encuentran reunidos los presupuestos procesales y las partes legitimadas en la causa.

#### **HECHOS Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Se destacan como hechos relevantes expresados en la demanda, los siguientes:

Que el señor HECTOR IVAN MELO MOLINA, desde hace más de 23 años ha tenido relación financiera y crediticia con el banco BVBA, adquiriendo en el mes de Mayo del 2.014, el crédito No 001130839409600153970, que fue retanqueado por recomendación de los asesores de dicha entidad crediticia, pues tenía cupo disponible para dicho crédito.

Que el demandante adquirió un nuevo crédito No 00130839009600182599, por el valor de \$51.000.000, el día 26 de Septiembre de 2016, contratando con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. un SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES, mediante póliza N° 41-0110043, para asegurar el crédito No 00130839009600182599 ya referido, con amparos de vida, incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización temporal.

Que el señor HECTOR IVAN MELO MOUNA, se desempeñó laboralmente como Suboficial del Ejército Nacional, durante 23 años y nunca tuvo

conocimiento de afecciones o enfermedades que afectaran su salud, en el grado que le dio la Junta Médica del Ejército Nacional de Colombia.

Que al momento de solicitar el retiro del Ejército Nacional, fue evaluado por la Junta médica de dicha Institución el día 1 de Noviembre de 2.016, donde se le diagnosticaron varias enfermedades que le dieron una incapacidad laboral del 52.32% por ciento.

Que el día 13 de Diciembre de 2016, el señor HECTOR IVAN MELO MOLINA radicó solicitud ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. con el fin de que se hiciera efectiva la Póliza N° 41- 0110043, la cual le fue resuelta desfavorablemente en oficio de fecha 26 de Diciembre del año 2016, por cuanto la póliza no tenía cobertura pues supuestamente el crédito había terminado el día 26 de Octubre del 2.016, por vencimiento del mismo.

Que nuevamente el señor HECTOR IVAN MELO MOLINA, envió derecho de petición de fecha 07 de Enero del 2.017, haciendo ver a la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, que dicha póliza estaba vigente, y con oficio del 03 de Febrero del 2.017, el asegurador argumentó que el tomador no había declarado padecimiento de enfermedad alguna que le diera dicha incapacidad y por tanto dicho póliza era nula.

Que el señor HECTOR IVAN MELO MOLINA, nunca tuvo conocimiento durante sus 47 años de vida de enfermedad o patología alguna y al momento de suscribir la póliza, no fue sometido a ningún examen médico por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S .A. a fin de determinar la existencia de posibles enfermedades, por lo tanto no se obró de mala fe.

Que a la fecha el crédito N° 8399600182599 asciende a la suma de \$33.442.181.69.

Con fundamento en los hechos anteriores, solicita el demandante, se condene a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a hacer efectivo el amparo de vida contratado por el señor HECTOR IVAN MELO MOLINA, se le ordene pagar al BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA", el saldo del crédito N° 00130839009600182599 que actualmente asciende a la suma de \$33.442.181,69,00; se le condene a pagar a la Parte demandante, la suma de \$35.674.452,00 con sus respectivos intereses, correspondiente a Veinte y Siete (27) cuotas mensuales, que el demandante ha tenido que cancelar al Banco BBVA, por el crédito No 00130839009600182599; y se le condene al pago de las costas y agencias en derecho que se causen en ocasión al presente proceso.

### **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

Una vez notificado en debida forma, el demandado contestó la demanda dentro del término de traslado, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones y planteando las excepciones de mérito que denominó NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA, FALTA DE LEGITIMACIÓN POR ACTIVA PARA COBRAR LA INDEMNIZACIÓN DERIVADA

DE LA PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES, AUSENCIA DE PRUEBA DEL SINIESTRO, LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SE CIRCUNSCRIBE A LOS TÉRMINOS DE SUS CLAUSULADOS, LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SE ENCUENTRA LIMITADA AL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA PACTADA EN CADA CONTRATO DE SEGURO, FALTA DE LEGITIMACIÓN DE BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. EN EL REEMBOLSO DE CUOTAS SOLICITADO POR EL DEMANDANTE, PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

Como fundamento de la oposición y de las excepciones, expresa que el demandante carece de legitimación en la causa por activa para hacer efectiva la Póliza de Vida Grupo Deudores, toda vez que el Beneficiario del seguro es el Acreedor del Crédito No. 00130839009600182599, el BANCO BILVAO VISCAYA ARGENTAR.ii\ COLOMBIA S.A. quien es el facultado para reclamar a h Aseguradora.

Que además, conforme con la documental obrante en el plenario, es claro que el contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 0110043, se encuentra viciado de nulidad relativa y, por consiguiente, la demandada no se encuentra jurídicamente obligada a pagar el siniestro.

Acepta que entre el señor HECTOR IVAN MELO MOLINA y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se celebró el contrato de seguro por medio del cual se amparó la obligación crediticia No. 00130839009600182559, y si bien en la Póliza No. 0110043 se pactaron los amparos de Vida, Incapacidad Total y Permanente y Desmembración e Inutilización, la operatividad de las referidas coberturas está sujeta a los estrictos términos del condicionado particular y general del contrato de seguro.

Que no debe ser de recibo que sólo fue con la expedición del Acta Medica Laboral del Ejercito Nacional que el señor MELO MOLINA tuvo conocimiento de su verdadero estado de salud, pues según el Acta Medica Laboral No.158 del 9 de febrero de 2000 y de los diagnósticos especializados del 15 de junio de 2016, el asegurado conocía que padecía de una serie de patologías, que fueron diagnosticadas y que venían siendo tratadas con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad.

Que es cierto que mediante comunicación del 26 de diciembre de 2016, por un error en la información reportada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objetó la reclamación presentada para afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente, como quiera que la obligación crediticia No. 0130839009600153970, amparada por la Póliza VDGB No. 21 ya había sido cancelada, pero no obstante, mediante comunicación calendada ese mismo día, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. informó al señor MELO MOLINA, que respecto a la obligación crediticia No. 00130839009600182599 se objetaba la reclamación pues *"después de un análisis de la reclamación presentada en días pasados, afectando el amparo de incapacidad total y permanente con fecha de dictamen de*

*clasificación del 01 de noviembre de 2016, y de acuerdo con Acta de Junta Médica Laboral No. 91067 e historia médica de Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional del 8 de febrero de 2000, 15 y 22 de junio de 2016 encontramos que el señor Héctor Iván Melo Molina, presenta antecedentes de hipoacusia neurosensorial bilateral, trauma acústico bilateral, lumbalgia progresiva en el año 2003 posterior a salto de paracaidismo y trauma rotacional de rodillas."*

Que el señor HECTOR IVAN MELO MOLINA presentó reclamación, para obtener el pago de la obligación crediticia No. 00130839009600182599, pero BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objetó la reclamación presentada por el demandante, pero en este caso no procede el pago de la suma asegurada teniendo en cuenta que el señor MELO MOLINA incurrió en reticencia e inexactitud al momento de suscribir la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 0110043, toda vez que no declaró su verdadero estado de salud, razón por la cual se hace evidente que dicho contrato de seguro nació viciado de nulidad.

Que no fue con el Acta de Junta Médica Laboral No. 91067 que el señor MELO MOLINA conoció su verdadero estado de salud, pues de acuerdo se desprende la documental obrante en el plenario, el demandante venía recibiendo tratamiento farmacológico y terapéutico, para conjurar las enfermedades que lo aquejaban, con anterioridad al 26 de septiembre de 2016, momento en que se suscribió la declaración de asegurabilidad.

### **SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**

En audiencia oral celebrada el día 24 de julio de 2020, el JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA profirió sentencia denegatoria de las pretensiones, declarando probada la excepción de mérito planteadas por la demandada y que denominó NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Como argumentos principales de su decisión, argumentó el A quo que una de las características del contrato de seguro es que las partes deben conducirse de buena fe, es decir tomador y asegurador han de ser leales y honestos en su proceder para aquel ofrecer toda la información que esté a su alcance en la declaración del riesgo no solo para poner de manifiesto su realidad al mismo de ajustar el negocio asegurativo sino también cualquier variación que ocurra sobre el estado del mismo.

Que ese principio de la buena fe para el contrato de seguro se hace patente en el art. 1085 del Código de Comercio, norma que consagra el deber para el tomador de manifestar sin tapujos, reservas ni fingimientos las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca, obligación que en estos eventos se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan a ciencia cierta los términos en que corresponderá si ocurre en su vigencia.

Refirió el A quo, que la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación ya que abstenerse de concretarla delimitaría las exclusiones o

incrementar el valor de la póliza, riñen con la buena fe exigida y acarrea la nulidad relativa del contrato. Que en los seguros de vida es el tomador y/o asegurado quien está en una posición ventajosa para ofrecer a la aseguradora información acerca de su verdadero estado de salud, sus antecedentes médicos, y se le impone un deber especial de conducta que le conmina a obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga lo cual le prohíbe callar información relevante que a su disposición se halle y que en condiciones normales no es asequible para el asegurador pues no se brinda a cualquiera.

Que siendo presupuesto del contrato de seguro la sinceridad en la declaración del estado del riesgo cuando procede sin honor a la verdad se incurre con ello en deslealtad propiciando un desequilibrio en la relación contractual que la ley sanciona con nulidad relativa (art. 1058 del C. DE CO.)

Que las pruebas allegadas llevan a encontrar probada la excepción de nulidad relativa propuesta por la demanda, pues obra el Acta de Junta Médica Laboral del 01 de noviembre de 2016 que muestra existencia de antecedentes médicos y disminución de capacidad laboral desde el año 2000 del 21.24%, patologías que le fueron diagnosticadas y tratadas con anterioridad a la fecha de la declaración de asegurabilidad, siendo evidente la reticencia e inexactitud del tomador en la declaración de su verdadero estado del riesgo, conllevando a la nulidad relativa del contrato de seguro objeto del litigio.

#### **REPAROS Y SUSTENTACION DEL RECURSO POR LA PARTE APELANTE**

En la misma audiencia de instrucción y juzgamiento, al momento de presentar su recurso, la parte accionante planteó los reparos contra la sentencia de primera instancia, y si bien no procedió a sustentar los mismos dentro del término de traslado del art. 14 del Decreto 806 de 2020, atendiendo los recientes pronunciamientos jurisprudenciales de las altas cortes, se tendrá como sustentación del recurso el mismo escrito de reparos presentado ante la primera instancia, y que en resumen refiere a lo siguiente:

Que se desconoció que el crédito era un retanqueo del mismo, y el formato de asegurabilidad estaba en blanco. Que el demandante llevaba mas de 20 años obteniendo créditos y en el acta de junta médica sólo se le dio una incapacidad relativa. Que la Corte Constitucional señaló que le corresponde a la aseguradora realizar los exámenes médicos al asegurado.

#### **TRASLADO DEL RECURSO POR LA NO APELANTE**

Dentro del término legal de traslado, la parte accionada se opone a la prosperidad del recurso, por las siguientes razones que se sintetizan:

Que en razón al principio de buena fe en el contrato de seguro, el tomador o en este caso, el asegurado, que es quien conoce directamente su estado de salud, debe declarar sinceramente los hechos o

circunstancias que determinan el estado del riesgo, pues frente a una conducta reticente o inexacta en la declaración del estado del riesgo, y que tal y como quedó acreditado en el curso del proceso, en el presente caso se incumplió el deber de buena fe por parte del señor HECTOR IVAN MELO MOLINA al no haber declarado sinceramente su estado de salud el 26 de septiembre de 2016, cuando suscribió la Declaración de Asegurabilidad proporcionada por su representada, es más, en el interrogatorio de parte, confesó que al momento de celebrar el contrato de seguro no informó padecer enfermedad o patología alguna, lo cual evidencia claramente el incumplimiento del deber a su cargo, omitiendo informar que padecía de una serie de patologías que afectaban su estado de salud y que incluso, venían siendo tratadas medicamente con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro, lo cual se puede constatar en la Historia Clínica y el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, por lo cual es evidente que tenía pleno conocimiento de ellas.

Que el 9 de febrero de 2000 el demandante había sido calificado con una pérdida de capacidad permanente parcial del 21.24%, de acuerdo con el Acta de la Junta Médico Laboral No. 158, oportunidad que le fue diagnosticado *TRAUMA ACÚSTICO BILATERAL QUE DEJA COMO SECUELA AL (SIC) HIPOACUSIA BILATERAL DE 20 DE DECIBELES, B) TINNITUS BILATERAL*. Porcentaje que sumado al otorgado por la Junta Médica del 2016, equivale al 31.08% y otorga un total acumulado del 52.32%. Adicionalmente, se evidencian antecedentes en su Historia Clínica de (i) fracturas, (ii) gastritis, (iii) sueño intranquilo, (iv) depresión, (v) perturbaciones en el oído, en las vías digestivas (vi) infecciones urinarias, (vii) amnesia, (viii) artritis, cirugía vascular, oftalmología, otorrinolaringología, dolor en las rodillas y en la zona lumbar, lo cual evidencia que el señor HECTOR IVAN MELO MOLINA tenía pleno conocimiento de las patologías que padecía, no solo porque ya estaban medicamente diagnosticadas, sino porque además estaba siendo objeto de tratamiento médico e incluso, habían sido objeto de calificación a efectos de establecer el porcentaje de pérdida de capacidad que las mismas le generaban.

Que por lo expuesto, es clara la configuración de una conducta reticente e inexacta del señor HECTOR IVAN MELO MOLINA al momento de declarar su estado de salud ante su representada, por lo cual el contrato de seguro celebrado nació viciado de nulidad relativa.

### **CONSIDERACIONES DE SEGUNDA INSTANCIA**

A *prima facie* advierte este Despacho judicial que la decisión del recurso vertical amerita un pronunciamiento de fondo, por cuanto concurren a cabalidad los presupuestos procesales como materiales para proferir sentencia que en derecho corresponda, siendo este Despacho competente para conocer y resolver la instancia; además, no se observa irregularidad o vicio alguno que genere la invalidez de la actuación.

De igual forma la sustentación del recurso se ajusta a lo exigido por el artículo 327 inciso final del C.G.P. *"El apelante deberá sujetar su alegación*

*a desarrollar los argumentos expuestos ante el Juez de primera instancia”, en concordancia con el artículo 322 numeral 3 inciso 2 que expresa “El apelante deberá precisar de manera breve los reparos concretos que le hace a la decisión, sobre los cuales versará la sustentación que hará ante el superior”, aclarándose que si bien la parte apelante no procedió a sustentar los mismos dentro del término de traslado del art. 14 del Decreto 806 de 2020, atendiendo los recientes pronunciamientos jurisprudenciales de las altas cortes, se tendrá como sustentación del recurso el mismo escrito de reparos presentado ante la primera instancia.*

Valga anotar que la competencia de esta instancia se encuentra limitada por el inciso 1° del artículo 328 del C. G. del P., que contempla que *“El Juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos en la ley”*. Por tanto esta instancia sólo se pronunciará respecto de la sustentación que guarde congruencia con los reparos planteados contra la sentencia primigenia.

Así mismo, debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 167 inciso 1° del C. G. del P., que dispone que: *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*. Por tanto, es a la parte apelante a quien le corresponde probar el yerro en que incurrió el a quo, pues el análisis jurídico de la segunda instancia no corresponde a resolver nuevamente el caso pues esa labor ya la realizó la primera instancia. Así que debe ser la parte apelante la que indique de forma concreta y clara, cual fue la equivocación, yerro o incongruencia sustantiva o probatoria del A-quo, de tal modo que pueda el A quem hacer la comparación entre la sentencia y los argumentos del impugnante pues no basta con señalar una mera discrepancia con la sentencia.

Se procede entonces a resolver los reparos planteados contra la sentencia de primer grado por la parte demandante y apelante, para lo cual se considera necesario hacer algunas precisiones con respecto al contrato de seguro, que es aquel por medio del cual una de las partes –tomador-traslada al patrimonio de otra –aseguradora- determinados riesgos que pesan sobre un interés, a cambio de un precio llamado prima; la aseguradora se compromete a pagar la indemnización del perjuicio –dentro del límite asegurado- o la compensación pactada, en el supuesto de los seguros de personas.

En el presente caso, nos hallamos frente a un seguro de personas Seguro Vida Grupo No. 41- 0110043 que asegura el crédito No 00130839009600182599, cuya declaración de asegurabilidad, según quedó acreditado en el proceso, fue suscrita por el tomador en fecha 26 de septiembre de 2016, con amparos de vida, incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización temporal, del cual tanto la parte demandante y demandada están de acuerdo en la existencia del mismo, y su origen e inicio contractual.

Así que el punto neurálgico del asunto consiste en establecer sí, tal como lo resolvió el A quo, se encuentra configurada la reticencia del asegurado y

tomador HECTOR IVAN MELO MOLINA, que ocasione la nulidad relativa del contrato de seguro, al no manifestar el tomador y asegurado, en su declaración de asegurabilidad, su verdadero estado de salud al momento de tomar la modificación del seguro.

Al plantear los reparos contra la sentencia, argumenta el apelante que erró el A quo al desconocer que el crédito era un retanqueo del mismo, y que el formato de asegurabilidad estaba en blanco. Que el demandante llevaba mas de 20 años obteniendo créditos y la Corte Constitucional ha sostenido que le corresponde a la aseguradora realizar los exámenes médicos al asegurado.

Desde ya anuncia esta instancia, que no asiste razón a la parte apelante en el yerro que inculca a la sentencia, y por ende debe confirmarse la misma, pues sus reparos no son más que la retórica de la tesis inicialmente planteada en la demanda, pero nada ataca el apelante respecto a la valoración probatoria y la argumentación jurídica en la que la juez de primera instancia fundamentó su decisión.

En el presente caso, lo que se discute no es la trayectoria crediticia del demandante ni sus vinculaciones financieras anteriores. El objeto del litigio es la reticencia, o negativa del tomador del seguro, al no manifestar su verdadero estado del riesgo al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. Pues tal como lo encontró demostrado la primera instancia, las pruebas arrojadas al proceso, en especial la documental que corresponde a la Historia Clínica y los dictámenes de la Junta Médica Laboral, con anterioridad al 26 de septiembre de 2016, más precisamente en fecha 9 de febrero de 2000, el señor HECTOR IVAN fue calificado con una pérdida de capacidad permanente parcial del 21.24%, de acuerdo con el Acta de la Junta Medico Laboral No. 158, con diagnóstico de *"TRAUMA ACÚSTICO BILATERAL QUE DEJA COMO SECUELA AL (SIC) HIPOACUSIA BILATERAL DE 20 DE DECIBELES, B) TINNITUS BILATERAL"*.

El mismo Dictamen No.91067 de la Junta Medica Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejercito Nacional del 1 de noviembre de 2016, refiere en el acápite de antecedentes médicos, respecto a la existencia de patología que ya habían sido diagnosticadas con mucha anterioridad tales como fracturas, gastritis, sueño intranquilo, depresión, perturbaciones en el oído, en las vías digestivas, infecciones urinarias, amnesia, artritis, cirugía vascular, oftalmología, otorrinolaringología, dolor en las rodillas y en la zona lumbar, que si bien para el aquí demandante pueden no parece importantes, es innegable que eran de su conocimiento al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pues eran objeto de tratamiento médico.

Así que acertó la primera instancia al encontrar probado (i) los antecedentes médicos y patologías previas sufridas por el tomador; (ii) la no declaración precisa y correcta de su verdadero estado de salud al suscribir la declaración de asegurabilidad; y (iii) el nexo causal entre la reticencia y el conocimiento previo de su verdadero estado de salud. Valoración probatoria y conclusión jurídica frente a la cual el apelante nada reprochó pues sus reparos hacen referencia a la vida crediticia del actor y su antigüedad como usuario del sistema financiero. Pero nada

desvirtúa del análisis probatorio y jurídico efectuado por la primera instancia.

Valga decir que lo probado muestra que el señor HECTOR IVAN suscribió de forma libre y espontánea la declaración de asegurabilidad de la póliza del Contrato de Seguro, y en la misma, de forma expresa, señaló no tener enfermedad alguna, y no es excusa jurídica válida, el no leer o firmar en blanco el documento puesto de presente por el asegurador pues nadie puede alegar en su favor su propia culpa.

Lo anterior significa que el demandante omitió informar a la aseguradora su verdadero estado de salud y con ello incumplió con lo dispuesto en el artículo 1058 del C. de Cio:

*“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.*

*Sí la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*

A su vez, dispone el artículo 1158 del C. de Cio.,

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

Así que por obvias razones, en virtud de las normas anteriores, era indispensable que el tomador del seguro aquí demandante suministrara toda la información verdadera sobre su estado de salud, pues era necesario que la aseguradora conociera la misma para decidir si aceptaba o no la modificación del contrato en cuanto al aumento de la compensación, o si hacía un sobre costo en la prima, pues la obligación de decir el verdadero estado del riesgo corresponde al tomador.

Frente a este tema, en Sentencia del 30 de Noviembre de 2015, del H. Tribunal Superior de este Distrito Judicial, Radicado 2012-0265, M.P. Dr. ANTONIO BOHORQUEZ ORDUEZ, expresó que *“La aseguradora simplemente confía en la información que se le brinda, bajo el principio de la buena fe, que en los seguros se dice que ha de tener el grado de ubérrima. (...) la obligación de decir el verdadero estado del riesgo corresponde al tomador y esa obligación la puso el legislador, así de simple (artículo 1051, del Código de Comercio).*

En consecuencia, para este Despacho judicial es claro que el tomador del seguro faltó a la verdad respecto a su estado del riesgo al suscribir la declaración de asegurabilidad generando la nulidad relativa del mismo, tal como lo resolvió el A quo, pues no tenía la aseguradora en este caso, forma de conocer o como saber del estado de salud real del tomador, pues precisamente actúa en la creencia que le están diciendo la verdad.

Por tanto, no logra la parte apelante demostrar los yerros que endilga a la sentencia de primera vara, dando lugar a confirmar la misma. En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

### **RESUELVE**

**PRIMERO: CONFIRMAR** en su integridad, la sentencia proferida en audiencia el día 24 de julio de 2020, proferida por el JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA, dentro del presente proceso verbal instaurado por HECTOR IVAN MELO MOLINA contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.; por las razones expuestas en la parte motiva.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas de esta instancia a la parte demandante y en favor de la parte demandada. Se ordenan tasar y liquidar por la primera instancia de conformidad al art.366 del C.G.P.

Se fijan como agencias en derecho de esta instancia la suma de un salario mínimo legal mensual vigente

**TERCERO:** En firme, devuélvase el expediente al JUZGADO de origen.

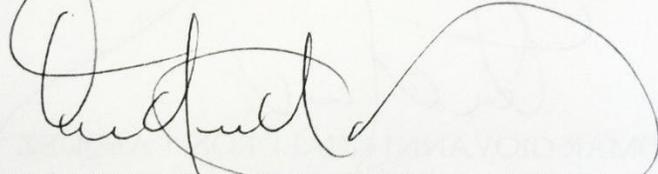
### **COPIESE Y NOTIFIQUESE**



**JUAN CARLOS ORTIZ PEÑARANDA**  
Juez.-

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO  
BUCARAMANGA**

Siendo las ocho de la mañana (8:00 a.m.) del día de hoy 07  
de Julio de 2021 se notifica a las partes la providencia que  
antecede por anotación en el Estado No. \_\_\_\_.



OMAR GIOVANNI GUALDRON VASQUEZ  
SECRETARIO.