

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público



JUZGADO CUARENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., Once de diciembre de dos mil veintitrés

Proceso. Declarativo Responsabilidad Civil Contractual
Número. 11001-40-03-033-**2022-00986-01**
Demandante. Inés Lucía Hoyos Lerma
Demandado. BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

Cumplido lo establecido en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, se decide por escrito el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia de primera instancia proferida el 30 de junio de 2023 por el Juzgado Treinta y Tres Civil Municipal de Bogotá D.C. Para el efecto, se exponen los siguientes;

I. ANTECEDENTES

1.1. Hechos y Pretensiones de la demanda

La demandante, a través de apoderado judicial, relató que adquirió con el Banco BBVA los créditos Nos. 00130158005004121620 (250665881402432) y 0013-0158-00-9609999616 con fechas de desembolso 5 de octubre de 2016 y 31 de marzo de 2017, respaldados con las pólizas Nos. 00130158694004010336 y 02 2190000213171, respectivamente.

Agregó, que la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca calificó la pérdida de su capacidad laboral y ocupacional en un 55.57%, con fecha de estructuración el 28 de febrero de 2019, y el 19 de julio de ese mismo año elevó reclamación ante la demandada por el siniestro, pero la aseguradora objetó la

petición manifestando que al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, la actora omitió informar hechos relevantes de su enfermedad (C. Comercio, art. 1058).

Que dado el tipo de pólizas contratadas, son parte el asegurador y el tomador conforme al artículo 1037 del C. de Comercio, siendo la demandante apenas la beneficiaria; que la declaración que exige el artículo 1058 ejusdem es para el tomador, es decir para el Banco BBVA y no para la actora; que en todo caso la configuración de su invalidez ocurrió con posterioridad a la obtención de los créditos y la demandada sigue recibiendo el valor de la prima mensual a través de descuentos por nómina; y que ante la omisión de la aseguradora ha debido sufragar la suma de \$37'275.429,00 respecto de ambas pólizas, más los intereses sobre cada cuota mensual.

Por lo anterior, solicitó declarar a la aseguradora demandada civil y contractualmente responsable respecto de las pólizas Nos. 02 2190000213171 y 00130158694004010336, y que por tanto debe pagar el monto de las obligaciones a cargo de la demandante con el Banco Bbva, con ocasión a la Calificación recibida por su pérdida de capacidad laboral y ocupacional. Así mismo, que si la demandada se abstiene de cumplir el contrato de seguro, se le condene a restituir a la demandante varios dineros a título de daño emergente (Cd. Primera Instancia, PDF 002 y 10).

1.2. Trámite procesal.

Dentro del plenario se admitió la demanda bajo los trámites del proceso verbal y la sociedad demandada se notificó por conducta concluyente conforme a lo establecido en el artículo 301 del C.G.P. (Cd. Primera Instancia, PDF 11 y 15).

1.3. Excepciones de Mérito.

Oportunamente, la parte demandada contestó la demanda formulando las excepciones de mérito denominadas:

1. *“PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO”*. Indicando que en el presente asunto la prescripción aplicable es la ordinaria de dos años, que debe contarse desde el momento en que el interesado

tuvo o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción, conforme establece el artículo 1081 del C. de Comercio. Entonces, considera la parte demandada, que como el dictamen de calificación de invalidez allegado por la demandante ocurrió el 11 de julio de 2019 y la demanda de la referencia fue radicada el 17 de agosto de 2022, operó el fenómeno prescriptivo, sin que pueda aplicarse el artículo 94 del C.G.P., ni el Decreto 564 de 2020.

2. *“AUSENCIA DE INFORMACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL”*. Aduciendo que es responsabilidad del tomador del seguro suministrar a la aseguradora toda la información relacionada con el estado del riesgo de manera transparente y sincera, sin incurrir en reservas que puedan llevar a declarar la nulidad del contrato; que por esto la aseguradora suministró a la demandante un cuestionario claro y específico para que informara las enfermedades que le aquejaban, pero ésta incurrió en reticencia en el contrato de seguro, ya que omitió declarar con sinceridad sobre su estado de salud; y que si el asegurador hubiere tenido conocimiento de todas las patologías sufridas por la actora, se hubiera retraído de celebrar el contrato, o lo hubiera estipulado con condiciones más onerosas.

3. *“NULIDAD RELATIVA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO SUSCRITOS ENTRE MI PODERDANTE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y LA SEÑORA INES HOYOS”*. Señalando que en el presente asunto se produce nulidad relativa en los términos de los artículos 1502 numeral 2° del C. Civil, y 900 y 1058 del C. de Comercio, toda vez que se encuentra viciado el consentimiento de la aseguradora, ya que al no conocer el verdadero estado de salud de la demandante otorgó el seguro como un riesgo normal, pues de conocerlo lo hubiera otorgado en condiciones diferentes. En cambio, la asegurada fue reticente y no actuó de buena fe, naciendo viciado de nulidad el contrato de seguro en virtud de dicha reticencia en la que incurrió al momento de declarar el verdadero estado del riesgo.

Explicando, a manera de ejemplo, que en la declaración de asegurabilidad se le preguntó a la demandante si había sido sometida a alguna intervención quirúrgica, indicado que no, cuando en el dictamen de calificación se observa que para el año 2011 le fue practicada una *“nefrectomía por quiste renal”*; y que al indagarle si había padecido de cáncer o tumores de cualquier clase, respondió que no, pero en el mismo dictamen se observa que para el año 2009 fue diagnosticada con *“adenocarcinoma de colon”*.

4. *“INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO”*. Argumentando que la aseguradora al momento de suscribir la póliza informó a la asegurada sobre los amparos, coberturas y todo lo referente al contrato de seguro y las consecuencias de no informar su verdadero estado de salud, no solo suministrando directamente la información, sino, consignándola en la página web www.bbvaseguros.com.co, donde se encuentran las condiciones generales de la póliza contrata y sus coberturas.

5.. *“BENEFICIO A TÍTULO ONEROSO”*. Dijo la excepcionante, que el beneficiario es la persona que recibe total o parcialmente el monto de la indemnización, y por tanto, es el único legitimado para reclamar el respectivo pago, luego entonces, de dictarse una sentencia condenatoria, el pago debe realizarse a BBVA COLOMBIA S.A., mas no a la demandante como solicita con las pretensiones.

6. *“LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA”*. Afirmó la parte demandada, que de acuerdo al artículo 1079 del C. de Comercio el asegurador no está obligado a responder, sino hasta la concurrencia de la suma asegurada, mencionando, que el carácter de las obligaciones contractuales trae consigo la necesidad de establecer un límite en la prestación, el cual está presente en el contrato, pues la base es precisamente la posibilidad de cumplir con lo ofrecido.

7. *“RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA DECLARACION INEXACTA Y LA CAUSA DEL SINIESTRO”*. Discutiendo que el presente caso no necesita relación de causalidad para indicar que el asegurado fue reticente, pues sería tanto como afirmar que el artículo 1058 del C. de Comercio es inconstitucional. Sin embargo, lo que sí debe existir es una relación entre el error o el dolo con el consentimiento del asegurador, es decir, entre la declaración inexacta y la causa del siniestro, siendo en el sub-lite que la demandante omitió decir que padecía de *“NEFRECTOMIA DERECHA POR QUISTE RENAL Y ADENOCARCINOMA DE COLON”*, enfermedades que fueron preponderantes al momento de calificar la pérdida de su capacidad laboral.

8. *“EXCEPCIÓN GENÉRICA”*. Finalizó solicitando reconocer oficiosamente, si fuere el caso, las excepciones genéricas y de oficio que resulten probadas en el proceso y en su favor (Cd. Primera Instancia, PDF 13).

1.4. Audiencias Inicial y de Instrucción y Juzgamiento.

Siendo el día y hora señalados, se agotaron las etapas de conciliación (declarándose fracasada), fijación del litigio, decreto de pruebas y demás propias del artículo 372 del C.G.P. (Cd. Primera Instancia, VIDEOS 21 a 24, PDF 25).

En la Audiencia de Instrucción y Juzgamiento del artículo 373 del C.G.P. se precluyó la etapa probatoria, se recibieron los alegatos de conclusión y se anunció el sentido del fallo (Cd. Primera Instancia, VIDEO 28 y PDF 29).

Finalmente, el *a quo* dictó sentencia por escrito el 30 de junio de 2023, declarando probadas las excepciones “*PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN Y NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS POR RETICENCIA DE LA INFORMACIÓN*”.

Lo anterior, al considerar que en la controversia lo aplicable es la prescripción ordinaria de dos años, por fungir la demandante como asegurada dentro del contrato de seguro. A lo que sumó que no es procedente aplicar la prescripción extraordinaria en tanto la actora no es la víctima de un siniestro, y porque esta última prescripción se aplica al tercero que no hizo parte del contrato, y a la víctima que sea incapaz o no haya conocido del siniestro.

Así, encontró que como el siniestro tuvo lugar el 11 de julio de 2019, cuando se decretó la pérdida de capacidad laboral de la demandante, la acción prescribía para ella el 7 de diciembre de 2021, lapso que determinó luego de descontar la suspensión de los términos por la emergencia sanitaria del año 2020; de tener en cuenta que la prescripción se suspendió por una sola vez con la reclamación efectuada el 23 de julio de 2019; y de establecer que no operó lo establecido en el artículo 21 de la Ley 640 de 2001, ya que la conciliación extrajudicial se intentó cuando la acción ya estaba prescrita.

Además, concluyó el Juez de Primera Instancia que la demandante fue desleal al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, pues omitió mencionar los antecedentes de su salud en especial los relacionados con las patologías de “*nefrectomía derecha por quiste renal y adenocarcinoma de colon*”, que según el dictamen efectuado por la Junta Regional, padecía desde el año 2009, y por persistir en la celebración del contrato de seguro a pesar de la reticencia, generando una confianza legítima que quebrantó el principio de la buena fe y sorprendió a la aseguradora con su posterior calificación de pérdida de capacidad laboral, lo que

terminó por ocasionar la nulidad de que trata el artículo 1058 del C. de Comercio (Cd. Primera Instancia, PDF 30).

1.5. Recurso de Apelación.

El apoderado judicial de la parte actora interpuso recurso de apelación contra la mencionada sentencia, argumentando, en síntesis, que existe incongruencia e incoherencia en la providencia ya que el *a quo* comienza por declarar la prescripción de la acción, pero luego da plena validez al contrato para entrar a declarar la nulidad relativa por una aparente reticencia; y que, de manera equivocada, impone a la asegurada las obligaciones del tomador, no siendo legal trasladarle dichas cargas.

Agregó, que también se contradice la sentencia porque en una parte afirma que la demandante asegurada es parte dentro del contrato de seguro, pero en otra refirió que aunque el cliente no es parte contractual, tiene interés jurídico en el aseguramiento porque se beneficia al igual que el tomador con el pago; que a la asegurada le impusieron la obligación de tomar el seguro y procedió al diligenciamiento y a pagar la prima como si fuera la tomadora, pero lo cierto es, que lo asegurado no es la vida de la actora sino el pago del respectivo crédito; y que si aun estando obligada la demandante a declarar sinceramente sobre el estado del riesgo, con el interrogatorio de parte rendido en primera instancia quedó claro que si no lo hizo fue porque no se le puso de presente la existencia de ningún cuestionario al respecto, mostrando que si ella firmó, fue porque el formulario se lo pasaron ya diligenciado.

Adujo también, que si la asegurada reclamó en el año 2019 y la aseguradora objetó la reclamación el 8 de agosto posterior manifestando que había reticencia, era ese el momento y no otro en que debía declarar la reticencia y por consiguiente la nulidad relativa del contrato, por el contrario, la demandada guardó silencio sobre el tema exponiéndose imprudentemente a que lo acepta. Entonces, como la aseguradora continuó con el curso del contrato, lo que ocurrió fue que asumió el riesgo de seguir asegurando primero al Banco tomador, y luego sí a la deudora.

Y reforzó señalando que lo procedente es la prescripción extraordinaria, toda vez que la obligación que adquiere el banco es salvar el saldo de su obligación pasando a reclamar al asegurador por la ocurrencia del siniestro, luego entonces, al no hacerlo, la víctima sí termina siendo la demandante, por deteriorar su patrimonio y

con esto desmejorar su ingreso, en este caso, pensional (Cd. Primera Instancia, PDF 31).

1.6. Trámite ante la Segunda Instancia.

Asignado el conocimiento por reparto, se admitió el recurso de alzada en el efecto suspensivo (Cd., Segunda Instancia, PDF 09), y se concedió el término de sustentación de que trata el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022 (PDF 07, mismo cuaderno).

La parte apelante sustentó la alzada oportunamente, con base en los argumentos del recurso interpuesto en primera instancia, indicando, además, que la demandante no solo requería del Banco para que le prestara dinero, sino de la asesoría para cubrir los requisitos para obtener el préstamo; que si bien en el documento de asegurabilidad a todo se dijo que no, no existe prueba en el plenario que muestre que la aseguradora formuló un cuestionario a la demandante, incurriendo entonces la sociedad en error; y que, de llegar a configurarse la nulidad relativa en el contrato de seguro, ésta la convalidó, al seguir cobrando la prima y no declararla oportunamente como lo omitió (PDF. 11).

La apoderada judicial de la aseguradora demandada descorrió el traslado de la sustentación de la apelación, solicitando mantener la decisión proferida en primera instancia, ya que la demandante no acreditó incurrir en alguna circunstancia personal, vulneración a sus derechos o situación adjudicable a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., que le hubiere impedido presentar oportunamente la demanda dentro de los dos años siguientes a la reclamación; y porque considera probado que la demandante de manera libre y voluntaria firmó la declaración de asegurabilidad en la cual indicaba que no tenía ningún antecedente médico, a pesar de contar con “*nefrectomía derecha por quiste renal y adenocarcinoma de colon*”, que al ser omitidos viciaron el consentimiento de su poderdante (PDF 12).

II. CONSIDERACIONES

2.1. Presupuestos Procesales

Se verifica su cumplimiento en el sub-lite para la validez de la actuación, en específico, competencia, capacidad para comparecer y ser parte de los sujetos en

contienda; tampoco se advierte irregularidad alguna que vicie lo surtido, pues se cumple la normatividad establecida para este tipo de asuntos.

2.2. Problema Jurídico y solución del caso en concreto

Respetando las restricciones del artículo 328 del C.G.P., esto es, que el Despacho solamente debe pronunciarse sobre los argumentos de la parte apelante, los problemas jurídicos a resolver son establecer: **(i)** si la demandante incurrió en reticencia respecto de las pólizas de seguro objeto de reclamación; **(ii)**; y si, en el plenario, prescribió para la parte actora la acción derivada del contrato de seguro.

De entrada se advierte que el primer problema jurídico se resuelve de manera negativa, por las razones que se explican a continuación:

El contrato de seguro, además de ser consensual, bilateral, oneroso, indemnizatorio, de tracto sucesivo y de adhesión, se caracteriza por construirse sobre la buena fe, cualidad que a pesar de ser particular para todo tipo de convenciones, es de mayor exigencia para el presente caso, en la medida que requiere un máximo compromiso de diligencia, decoro y honestidad tanto en la etapa previa del contrato, como en el posterior desarrollo contractual.

Esta buena fe calificada (ubérrima buena fe) se exige de manera equitativa tanto al tomador como al asegurador, y es por esto que el primero está obligado a declarar sinceramente sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, exigencia relevante al punto que, de no cumplirse por reticencia o inexactitud de la respectiva información, produce nulidad relativa del seguro¹, por ser precisamente tal declaración la base para determinar las condiciones de asegurabilidad² y la posterior decisión de la aseguradora sobre los aspectos a contratar.

¹ C. de Comercio, Art. 1058. Declaración del tomador sobre el estado del riesgo.

² C. de Comercio, Art. 1054. Definición de Riesgo. *“Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”.*

Dada la importancia jurídica planteada, ha establecido la Corte Constitucional³ frente a la reticencia y el principio de ubérrima buena fe que opera en los contratos de seguro, que previo a las estipulaciones del artículo 1058 del C. de Comercio, las aseguradoras deben cumplir con cuatro cargas básicas frente a los asegurados o tomadores, que son: “(i) claridad; (ii) información; (iii) comprobación y (iv) lealtad”. Especificando sobre el deber de comprobación, que corresponde a la obligación que tiene la aseguradora de verificar lo informado por el asegurado y/o tomador al momento de suscribir el contrato de seguro, destacando que:

“Debido a la necesidad de velar por la efectividad del principio de autonomía privada de la voluntad, las compañías de seguro han de cerciorarse que la condición de salud declarada por el cliente sí corresponde a la realidad. Esta carga se fundamenta en que las personas, al adquirir una póliza de seguro, pueden no estar al tanto de su estado actual de salud, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el cliente. De igual forma, la carga de comprobación también se encuentra justificada en que es la aseguradora la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro, por lo que es aquella quien debe indagar por dichas condiciones. El deber de comprobación puede materializarse de múltiples formas, incluyendo la práctica de exámenes médicos o la exigencia de presentar unos recientes para certificar sus condiciones vitales”.

Tal exigibilidad fue ratificada y desarrollada por la misma Corte⁴, explicando que las aseguradoras deben actuar con la debida diligencia y cuidado llevándolas “*al extremo*”, pues del perfeccionamiento de sus obligaciones primarias dentro del contrato de seguro, es que se parte para exigir el cumplimiento simultáneo de otras mutuas y recíprocas pactadas por las partes dentro de la misma convención.

Por tanto, aun cuando la no declaración de las condiciones exigidas por el contrato de seguro sean consideradas como reticencia (C. de comercio, art. 1058), no cualquier omisión del asegurado puede ser considerada como tal, pues previamente la aseguradora está obligada a tomar las medidas que considere necesarias para comprobar la información suministrada por el asegurado al momento de rendir la respectiva declaración de asegurabilidad⁵.

Así lo señaló la Corte Suprema de Justicia⁶ al explicar que:

³ Corte Constitucional. Sentencia T-316 de 2015.

⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-379 de 2022.

⁵ Corte Constitucional. Sentencia T-316 de 2015.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC3791 del 1° de septiembre de 2021, dictada dentro del expediente radicado con el No. 2000I-31-03-003-2009-00143-01.

“«no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intención del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento».

Y, “...si por la naturaleza del riesgo solicitado para que sea asegurado y por la información conocida y dada por el tomador, la compañía aseguradora, de acuerdo con su experiencia e iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, más sin embargo no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido”.⁷

Revisado el sub-lite a la luz de lo anterior, se encuentra acreditado que la demandante adquirió dos créditos con el Banco BBVA Colombia S.A., uno identificado con el No. 0013-0158-00-9609999616 que se encuentra asegurado bajo la Póliza de Seguro de Vida Deudor No. 02 2190000213171 (certificado No. 0013-0158-60-4004689105), y otro llamado “Cupo Rotativo Express” No. 250665881402432, amparado bajo la Póliza de Vida Grupo Deudores, ocupando frente a ambos la calidad de asegurada (CD. Primera Instancia PDF 003).

Para el efecto obra documento denominado “SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO” No. M026300110236201589609999616, que contiene en su texto el acápite “DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)”, en el cual la aseguradora hace una relación con diferentes situaciones, patologías y cuestionamientos, indicando que “TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS”. Posteriormente, deja opciones de “S” o “NO”, apareciendo señaladas con “X” todas las casillas destinadas al “NO”, y suscrito por la demandante como solicitante el día 21 de marzo de 2017.

Y respecto del “Cupo Rotativo Express” No. 250665881402432 amparado bajo la Póliza de Vida Grupo Deudores, afirmó el Representante Legal de la aseguradora demandada en interrogatorio de parte rendido en primera instancia, que: “no tiene declaración de asegurabilidad”⁸.

Igualmente se encuentra acreditado, que el 11 de julio de 2019 la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca calificó la pérdida de

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 18 de octubre de 1.995, dentro del expediente 4640.

⁸ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 35:35 a 35:53.

capacidad laboral y ocupacional de la demandante en un 55.57%, con fecha de estructuración el 28 de febrero de ese mismo año y por los diagnósticos de “NEFRECTOMÍA DERECHA”, “COLECISTECTOMIA”, “TROMBO PIERNA IZQUIERDA” Y “ADENOCARCINOMA DE COLON”. Lo anterior, con base en la historia clínica que comenzó con eventos patológicos relacionados con “nefrectomía derecha” que datan incluso desde el año 2011 (CD. Primera Instancia PDF 003).

En diligencia de interrogatorio de parte surtida en primera instancia, se puso de presente a la demandante el documento denominado “SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO” No. M026300110236201589609999616, y al preguntarle si esa era su firma, contestó: “*pues yo no lo suscribí, pero yo sí lo firmé y ahí está la señita donde le decían a uno firme aquí firme aquí...sí, esa es mi firma, sí...*”⁹; y si se sintió constreñida u obligada a firmar dicho documento, contestó: “*no, para nada, para nada, firmé ese y otros documentos*”¹⁰.

En la misma diligencia se indagó a la actora si sabía sobre la existencia de un seguro como respaldo del crédito concedido, respondiendo: “*el asesor me dijo que debía de firmar un seguro de, como para el crédito...y firme aquí, firme aquí y yo firmé...*”¹¹; si estaba presente en el momento alguna persona de la aseguradora para asesorarla para tomar el seguro, respondiendo: “*no, nadie...yo no hablé con ninguna aseguradora*”¹²; y si sabía sobre la cobertura de la póliza, indicando: “*ni idea, solo me dijeron que era garantizando el crédito*”¹³.

También se le preguntó en diligencia si informó a la aseguradora sobre los padecimientos de salud que ya tenía diagnosticados, manifestando al respecto: “*no, yo no informé a la aseguradora porque yo no sabía que había que informar, nadie me dijo nada...yo solo firmé y firmé lo que me dijo el asesor*”¹⁴, “*...si me hubieran preguntado yo hubiera informado, pero a mí no me dijeron nada nada*”¹⁵; y si sabía las razones de la calificación de su pérdida de capacidad laboral, respondiendo: “*sí, por el adenocarcinoma, por el riñón y por el hígado*”¹⁶.

⁹ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 24:27 a 25:40.

¹⁰ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 25:41 a 25:55.

¹¹ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 11:47 a 12:09.

¹² Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 12:19 a 12:34.

¹³ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 12:35 a 12:48.

¹⁴ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 15:15 a 15:49.

¹⁵ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 19:38 a 19:48.

¹⁶ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 27:24 a 24:42.

Analizadas las pruebas en conjunto y en lo pertinente, puede extractarse con demasiada claridad que, en efecto, la demandante cuenta con varios diagnósticos en su salud que vienen desde el año 2011; que al momento de suscribir las pólizas reclamadas era consciente de sufrir dichas patologías, pero no las informó a la aseguradora al no ser indagada sobre el particular; y que, por estas mismas enfermedades fue calificada su pérdida de capacidad laboral y ocupacional en el año 2019.

No obstante lo anterior, contrario a lo asumido por el *a quo*, no resulta claro de las pruebas recaudadas que la omisión de la demandante en la información sobre su estado de salud al momento suscribir la póliza, tenga la entidad suficiente para configurar la reticencia que requiere el artículo 1058 del C. de Comercio.

En su lugar, lo advertido por esta Funcionaria de Segunda Instancia, es que la aseguradora se limitó a sujetar la determinación del riesgo a la mera suscripción de la declaración de asegurabilidad por parte de la asegurada, cuando era su deber comprobar previamente la respectiva información con el fin de establecer la realidad negocial.

En efecto, si bien es cierto la aseguradora demandada se fincó en alegar que la demandante no informó su estado de salud al momento de suscribir la póliza y que hace continuas capacitaciones dirigidas *“a los funcionarios y a la fuerza comercial del banco se le explica que el consumidor financiero debe conocer todo el contenido del documento, se puede hacer de manera verbal o el mismo consumidor financiero diligencia la información personal y propia, lo más importante y el espíritu de las capacitaciones es indagar o recaudar información sobre el estado de salud, se le pone de presente al consumidor financiero en el proceso de colocación las advertencias de que trata el artículo 1058...es decir al consumidor financiero, mire, cualquier encubrimiento a su estado de salud tiene como consecuencia jurídica el no pago de la indemnización en el marco del contrato de seguro...”*¹⁷, también resulta cierto que al preguntarle si había practicado algún examen médico a la demandante antes de suscribir la póliza, respondió, entre otras cosas, que: *“...un examen médico en Colombia puede costar alrededor de un salario mínimo, eso a la aseguradora le podría costar en primas 3.6 años...si nosotros hiciéramos un examen médico por*

¹⁷ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 36:04 a 37:12.

*cada contrato de seguro sería un negocio inviable para la aseguradora en términos económicos*¹⁸.

Luego entonces, es claro es que la aseguradora demandada desatendió una de las obligaciones primarias que le incumben dentro del contrato de seguro, que es cerciorarse de la información dada por la asegurada al momento de suscribir la póliza con el fin de establecer si corresponde con la realidad, sin que dicha carga pueda trasladarse a la parte actora, ya que, como explicó la Corte Constitucional, es la aseguradora la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir sobre la celebración del contrato de seguro, además porque esto repercute en el riesgo que a la postre deberá asegurar.

Sobre el tema la Corte Suprema de Justicia ha explicado que¹⁹:

“Si bien es cierto corresponde al posible tomador o asegurado manifestar con plena verdad el estado de riesgo, y que sus declaraciones son tenidas a bien, como de ubérrima buena fe por el asegurador, no precisamente puede traducirse este escenario en una conducta totalmente pasiva de la aseguradora, frente a lo relatado por la asegurada, desde este punto de vista el asegurador estaría allanándose al estado de riesgo declarado, omitiendo la condición referida anteriormente de que de haber conocido las circunstancias o hechos declarados con inexactitud por el asegurado se hubiese retraído de suscribir dicho contrato.

Lo expuesto lo respaldó en la sentencia SC3791-2021, «en la cual se reitera lo expuesto en las providencias CSJ. Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528 y CSJ. Radicación n° 20001-22-14-001-2022-00262-01 8 Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146», con sustento en lo cual consideró que «en el caso en marras, correspondía a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., asumir una actitud proactiva, diligente a efectos de corroborar lo manifestado por la señora YORLADYS en el formulario de solicitud de seguro de vida, en procura de conocer el verdadero estado de riesgo que le corresponde asumir en su actividad aseguraticia, a pesar, de la buena fe que arroja lo expresado por el asegurado...». Subraya fuera del texto original.

Entonces, en ejercicio de tal deber de comprobación, lo debido por la aseguradora fue asumir una actitud activa en desarrollo de la autonomía privada de su voluntad, realizando previamente actos tendientes a conocer el verdadero estado del riesgo a asegurar, máxime si en la declaración de asegurabilidad asintió la demandante que: *“En desarrollo al artículo 34 Ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que*

¹⁸ Cd 03. Proceso. VIDEO 22, min. 40:47 a 42:09.

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia STC117-2023 del 18 de enero de 2023, dictada dentro del expediente radicado con el No. 20001-22-14-001-2022-00262-01.

posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados...” (Cd. Primera Instancia, PDF 03).

No sobra resaltar, que el mentado deber de comprobación está ligado al principio de buena fe de las partes contratantes, incorporado en los asuntos mercantiles por el artículo 871 del C. de Comercio²⁰, pues de acuerdo a lo dicho por la Corte Suprema en temas de contrato de seguro²¹:

“Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, tiene dicho, gira la «potestad (...) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él».

...
De modo que le corresponde al tomador expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, pero también al asegurador se le impone una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de "pesquisa"...”. Subraya fuera del texto original.

El que, además, se incluye en el artículo 1058 del Código de Comercio, pues al ser analizado el precepto por el órgano de cierre de esta Jurisdicción²², concluyó que:

“...el inciso final del precepto ... no excluye el deber del tomador, consistente en informar al asegurador sobre todas aquellas circunstancias conducentes e importantes, relacionadas con el estado del riesgo, sino que, en esa labor, vincula a éste, que en el marco de un deber concurrente y correlativo le corresponde inicialmente efectuar una indagación pertinente, en orden a procurar una sincera declaración sobre el estado del riesgo.

Adicional a ello, partiendo de esa declaración, puede y debe informarse sobre los contornos del riesgo, de manera que pueda contrastar la información recibida con la auscultada, y así evaluar el peligro de una forma mucho más acertada, que permita arribar a un acuerdo sobre bases certeras acerca de la contingencia inesperada que se quiere amparar”.

²⁰ “ARTÍCULO 871. <PRINCIPIO DE BUENA FE>Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural”.

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC3791 del 1° de septiembre de 2021, dictada dentro del expediente radicado con el No. 20001-31-03-003-2009-00143-01.

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5327 del 13 de diciembre de 2018, dictada dentro del expediente radicado con el No. 68001-31-03-004-2008-00193-01.

Menos aún puede aducir la aseguradora demandada que dejó de comprobar la información por resguardarse en la buena fe que debe cumplir la parte actora, pues fue demasiado enfática al concluir que dicha omisión fue sobre todo por razones económicas que afectan la organización patrimonial de la sociedad aseguradora, circunstancia que además de ser ajena a la naturaleza contractual celebrada, olvida la obligación de establecer el estado del riesgo solo corresponde a la entidad aseguradora.

Debiéndose adicionar, que tampoco acreditó la demandada que la actora dejó de informar sobre su salud como producto de su mala fe, de un actuar deshonesto, o con fines de ocultamiento para lograr determinado provecho²³, ausencia demostrativa que sumada al incumplimiento al *deber de comprobación*, impide configurar en su favor la reticencia con fines de nulidad relativa (C.G.P. art. 167)²⁴.

En conclusión, como la compañía demandada no logró acreditar en el plenario que cumplió a cabalidad con su *deber de comprobación* al momento de suscribir las pólizas de seguro reclamadas, no resulta procedente asumir de manera automática que la omisión de la demandante configuró la reticencia alegada por vía de excepción, ni que los contratos de seguro suscritos estén viciados con nulidad relativa, como desafortunadamente lo concluyó el Juez de Primera Instancia.

Por tanto, se tiene por no probada la excepción de mérito denominada “*NULIDAD RELATIVA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO SUSCRITOS ENTRE MI PODERDANTE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y LA SEÑORA INES HOYOS*”.

Siendo prudente mencionar, que aunque la Póliza que cobija el “*Cupo Rotativo Express*” no cuenta con una declaración de asegurabilidad, esto no exime a la asegurada de su deber de conforme al artículo 1058 del C. de Comercio, pues luego de agotarse el deber de comprobación por parte de la asegurado, lo aplicable sería la hipótesis del inciso segundo de dicho precepto normativo, que dispone que: “*Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la*

²³ Corte Constitucional, Sentencia T-316 de 2015.

²⁴ Art. 167. Carga de la Prueba. “*Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*”. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 25 de mayo de 2010, dentro del Expediente 23001-31-10-002-1998-00467-01.

inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo”.

Comprobadas así las condiciones contractuales, puede continuarse con el segundo problema jurídico planteado por esta funcionaria de Segunda Instancia, relativo a establecer si para la demandante prescribió la acción derivada del contrato de seguro.

Al respecto el apelante sustentó que lo aplicable en el caso en concreto es la prescripción extraordinaria²⁵, sin rendir mayor argumento que considerar a la demandante como víctima de la negación de aseguramiento, mas no como parte contractual del contrato de seguro.

No obstante, contrario a lo considerado por el apelante, frente a este punto acertó el Juez de Primera Instancia, pues lo aplicable en la controversia es la prescripción ordinaria del artículo 1081 del C. de Comercio, consistente en dos años que deben contarse desde el momento en que la demandante conoció del hecho que originó la presente acción. Lo anterior, ya que dicho fenómeno no debe mirarse de cara a la calidad de los sujetos a quienes se aplica, sino, conforme al conocimiento que se tenga o no del hecho que motivó la controversia.

En efecto, al explicar la forma de contabilizar el término prescriptivo en un contrato de seguro, decantó la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia²⁶, que:

“Las prescripciones ordinaria y extraordinaria que regula el artículo 1081 del Código de Comercio no se sustentan en una distinción de sujetos a quienes se les aplica, como lo sostiene la censura. En uno y otro caso, la prescripción corre contra aquellos para quienes se deriva algún derecho del contrato de seguro, ya que «aquellas personas distintas a los interesados carecen de acción, pues el contrato de seguro es para ellos res inter alios acta.

El interesado y, por lo tanto, para quien corre la prescripción en ambas, es «quién deriva algún derecho del contrato de seguro que al tenor de los numerales 1°, 2° y 3° del artículo 1047 son tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador».

²⁵ De acuerdo al artículo 1081 del C. de Comercio, ésta clase de prescripción es aquella de cinco años que corre contra toda clase de persona y comienza a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

²⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC4312-2020 del 17 de noviembre de 2020, dictada dentro del expediente radicado con el No. 11001-31-03-044-2015-00495-01.

Lo que el artículo 1081 del Código de Comercio establece son dos criterios distintos para el conteo de la prescripción, uno subjetivo regulado en el inciso segundo, y el otro objetivo, regulado en el inciso siguiente, ambos aplicables, reitérese, al interesado en el contrato de seguro.

De acuerdo al criterio subjetivo, la prescripción empieza a correr cuando el interesado ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, momento a partir del que empieza a correr el término extintivo de dos años.

Según el criterio objetivo, el término de prescripción — que es de cinco años— empieza a correr desde «desde que nace el respectivo derecho», sin importar que el interesado conozca o haya debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. Fija un tiempo objetivo, un límite máximo para ejercer la acción, con independencia de cualquier otro factor.

La frase «contra toda clase de personas», empleada por el legislador en el inciso tercero, no significa que haya facultado a terceros ajenos al contrato de seguro, por no ser aseguradores, asegurados, tomadores o beneficiarios, para que demanden, sino lo que significa es que dicho término objetivo corre aun contra los interesados que son incapaces y contra los que no tuvieron ni pudieron tener conocimiento del hecho, tal y como en el pasado se ha considerado por esta Corporación, al decir: La expresión 'contra toda clase de personas' debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aun contra los incapaces (artículo 2530 numeral 10y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento del siniestro". Subraya fuera del texto original.

Revisado en detalle el plenario en lo pertinente, se observa que no existe discusión en el plenario sobre el momento en que la demandante conoció su Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, hecho que ocurrió el 11 de julio de 2019, así como tampoco existe controversia, en que dicha calificación fue la que dio génesis a la demanda declarativa de la referencia.

Efectuada la precisión, y aplicando la regla del inciso segundo del artículo 1081 del C. de Comercio para este tipo de asuntos, se tiene que el término para ejercer la acción derivada del contrato de seguro inició para la demandante el 11 de julio de 2019.

Igualmente se debe tener en cuenta, que la demandante interrumpió la prescripción con la reclamación radicada ante la aseguradora demandada el 19 de julio de 2019²⁷, pues así lo permite el inciso final del artículo 94 del C.G.P.²⁸, perdiéndose el término corrido y debiéndose contar nuevamente²⁹. Siendo del mencionar que no sirven para el propósito el escrito radicado ante la demandada el 14 de enero de 2020, ni el derecho de petición elevado el 21 de junio de 2022, pues

²⁷ No el 23 de ese mes y año como dedujo la Primera Instancia.

²⁸ “El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez”.

²⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 20 de octubre de 2017, dentro del Expediente T 7600122030002017-00537-01.

el citado precepto procesal establece de manera expresa que la interrupción solo puede ocurrir una única vez, es decir, se produjo en el plenario solamente el 19 de julio de 2019.

Ante esto, el término que reinició el 19 de julio de 2019, en principio finalizaría para la demandante el 19 de julio de 2021, pero descontados los días de suspensión permitidos por el Decreto 564 de 2020³⁰ y el Acuerdo PCSJA-11581 de 2020 del Consejo Superior de la Judicatura³¹ (108 días), se concluye que el tiempo finalizó el 4 de noviembre de 2021, configurándose en su contra el fenómeno prescriptivo a manera de sanción.

Con todo, la demandante solo acudió a la Jurisdicción para interponer la acción derivada del contrato de seguro hasta el 1° de agosto de 2022 (Cd. 03, PDF 01), esto es, cuando el término establecido en el inciso segundo del artículo 1081 del C. de Comercio, estaba más que fenecido.

Tampoco se cumplen en el expediente los presupuestos de los artículos 2539 del C. Civil³² y el artículo 94 del C.G.P., pues la interrupción de la prescripción solo procede cuando la prescripción no se ha configurado, y en el plenario tanto la conciliación requisito de procedibilidad como la demanda se formularon cuando ya se había cumplido el fenómeno prescriptivo.

Finalmente, se pone de presente al apelante que si bien la demandante no es aseguradora ni tomadora en los términos del artículo 1037 del C. de Comercio, sí resulta siendo interviniente en el contrato de seguro por fungir como su asegurada, calidad que más allá de las críticas sustanciales del apelante, corresponde al titular de un interés que de verse afectado con el siniestro, puede sufrir perjuicio patrimonial, como ocurre frente a la demandante, aunado a que, también por su posición de asegurada, deriva en su favor un derecho al tenor de los numerales 1° a 3° del artículo 1047 del Estatuto de Comercio.

³⁰ *“Por el cual se adoptan medidas para la garantía de los derechos de los usuarios del sistema de justicia, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”.*

³¹ *“Por el cual se dictan disposiciones especiales sobre el levantamiento de términos previsto en el Acuerdo PCSJA20-11567 de 2020”.*

³² Art. 2539. *“La prescripción que extingue las acciones ajenas, puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente. Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente. Se interrumpe civilmente por la demanda judicial; salvo los casos enumerados en el artículo 2524”.*

Sin más consideraciones, se colige que dentro del presente asunto se configuró el fenómeno prescriptivo de la acción, motivo por el cual habrá de modificarse el numeral 1° de la sentencia proferida el 30 de junio de 2023 por el Juzgado Treinta y Tres Civil Municipal de Bogotá, de conformidad con lo anteriormente indicado. Sin especial condena en costas debido a la prosperidad parcial de la censura.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Juzgado Cuarenta y Uno Civil del Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley;
RESUELVE:

PRIMERO. MODIFICAR el numeral 1° de la sentencia proferida el 30 de junio de 2023 por el Juzgado Treinta y Tres Civil Municipal de Bogotá, por las razones contenidas en el cuerpo de esta providencia, el cual quedará de la siguiente manera.

•DECLARAR no probada la excepción de mérito denominada “*NULIDAD RELATIVA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO SUSCRITOS ENTRE MI PODERDANTE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y LA SEÑORA INES HOYOS*”, por las razones contenidas en el cuerpo de esta providencia, y

•DECLARAR probada la excepción denominada “*PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO*”, conforme a las consideraciones del cuerpo de esta providencia.

En lo demás, la sentencia de primera instancia continúa incólume.

SEGUNDO. Sin especial condena en costas en esta instancia.

TERCERO. DEVUÉLVASE el expediente digital al Juzgado Treinta y Tres Civil Municipal de Bogotá, para lo de su cargo.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE



JANETH JAZMINA BRITTO RIVERO

Juez