



Consejo Superior de la Judicatura  
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico  
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

**RADICACIÓN No. 00007 – 2017 Segunda Instancia.**

**Barranquilla, Diecinueve (19) de Enero Dos Mil Veintiuno (2021)**

**ASUNTO A TRATAR**

Procede el Despacho a desatar el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia fechada 07 DE OCTUBRE DE 2019, proferida por el JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA dentro del proceso VERBAL seguido por ERNESTO TRIANA BALLESTEROS contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

**I. ANTECEDENTES**

La parte recurrente determinó como hechos de la demanda los siguientes:

1. Que el demandante en el mes de octubre de 2011 adquirió con el BANCO BBVA, crédito hipotecario No. 9600104875 por la suma de \$80.000. 000.00, en el cual se pactaron 96 cuotas por valor de \$1.412.396,92, para garantizar el crédito se agravó con hipoteca el bien inmueble de su propiedad el cual está ubicado en la Calle 61 A No. 23-52 en soledad-atlántico.
2. Que además de la garantía hipotecaria, en octubre 31 de 2011 para poder acceder al crédito, suscribió una garantía adicional, por lo que tomo una póliza de seguro de vida GR N° VGD-0110043 con la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA por el mismo valor del crédito y como beneficiaria la entidad bancaria.
3. La obligación contraída con la entidad bancaria se encuentra en mora desde el mes de enero de 2015, por lo que se inició proceso ejecutivo hipotecario en su contra, para efectos del pago del saldo obligación hipotecaria que corresponde a la suma de \$ 58.650. 011.00 el cual correspondió al Juzgado Segundo Civil Municipal de Soledad.



4. Que la póliza de seguro de vida que tomó para garantizar el crédito hipotecario referenciado cubre las contingencias de muerte, incapacidad total y permanente del deudor, por lo que ocurrida uno de los riesgos anteriores la aseguradora cancelaría a la entidad financiera el saldo insoluto de la obligación contraída, advirtió que la empresa aseguradora no le entregó certificado individual de la póliza de seguro de vida GR No. 0110043 por lo que considera no tuvo la debida información sobre el contenido y el alcance la póliza.
5. Que en noviembre de 2013, dos años después de haber tomado la anterior póliza, sus médicos tratantes adscritos a la EPS SALUD TOTAL, lo diagnosticaron con DIABETES MELILITUS, REDUCCION DE LA VISION POR RETINOPATIA, ENFERMEDAD CRONICA RENAL, por lo que recibe tratamiento de diálisis.
6. Por lo anterior y luego de la gestión administrativa respectiva el FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS PROTECCION mediante comunicado de fecha 2 de marzo de 2015, notifico al hoy demandante el reconocimiento de perdida de capacidad laboral permanente, en un porcentaje de 66.38% por enfermedad común con fecha de estructuración de la incapacidad del 8 de mayo de 2014, es decir 2 años y 6 meses posteriores a la obtención del crédito.
7. Asegura el demandante que, para la fecha de estructuración de la incapacidad laboral permanente, esto es mayo 8 de 2014, se encontraba al día con el pago de la obligación hipotecaria y el pago de la prima del seguro de vida.
8. Que mediante comunicaciones de fechas 16 de Diciembre de 2014, febrero 3, marzo 4 y 5 de 2015 y con fundamento en las incapacidades temporales y el dictamen de invalidez, solicito a la aseguradora BBVA SEGUROS y al BANCO BBVA el pago de los beneficios establecidos en la póliza, sin embargo la entidad financiera mediante escrito de fecha 21 de julio de 2015, manifestó que no era la encargada de resolver la petición, por su parte la aseguradora mediante comunicación adiada 22 de Julio



de 2015, objeto la reclamación presentada por el demandante al considerar que existió reticencia o inexactitud por parte del asegurado al omitir declarar las patologías de HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO POR ANGINA DE PECHO y HERIDA CON ARMA DE FUEGO EN LA CABEZA.

9. Que BBVA SEGUROS durante el trámite precontractual y contractual, no indagó acerca del estado de salud, ni tampoco informo la importancia de declarar o informar las enfermedades padecidas y las consecuencias derivadas de la no información, además afirma que el llenado del formulario lo hizo la entidad bancaria y el solo firmó.

10. Asegura que el consentimiento expresado por el actor cuando suscribió la póliza de seguro de vida se encuentra viciado, puesto que no recibió la información suficiente y necesaria para la toma de decisión, también afirma que el valor asegurado no está claramente identificado pues tampoco la aseguradora brindó una información clara y precisa.

11. Que el demandante presentó derecho de petición de fecha 16 de octubre de 2016 solicitando información acerca del crédito hipotecario y del seguro y hasta la fecha de presentación de la demanda no ha sido resuelto el derecho de petición.

#### **ACTUACIÓN PROCESAL.**

La demanda correspondió por reparto al conocimiento del Juzgado Veinte Civil Municipal de Barranquilla, donde fue admitida a trámite con auto fechado 30 de Noviembre de 2017(fl.64 cuaderno 1° de primera instancia), posteriormente en Mayo 24 de 2018 la parte demandante presentó reforma de demanda, la cual fue admitida el 31 de Agosto del mismo año, la audiencia inicial fue convocada para el día 30 de Abril de 2019 y la audiencia de instrucción y juzgamiento se llevó a cabo el día 20 de Agosto del mismo año en la cual fue dictada sentencia en la que se declaró probada la excepción de mérito propuesta por la demandada inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida



contenido en la póliza No. VDG 0110043 por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador en la declaración del estado de riesgo, la parte demandante presento recurso de apelación, concedida la alzada correspondió su estudio a esta Judicatura

### **III. DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA. -**

El Juez A-quo culminó la instancia con sentencia fechada agosto 20 de 2019, mediante la cual Declaró probada la excepción de mérito *"inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza No. VDG 0110043 por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador en la declaración del estado de riesgo"* argumentando que dentro del acervo probatorio allegadas al plenario, así como de la práctica de los interrogatorios, se encuentra comprobado que el actor, en ejercicio de su autonomía privada y en manifestación libre de su voluntad, suscribió contrato de seguros en calidad de tomador con la aseguradora BBVA seguros de vida, en el cual no declaró su estado de riesgo real, es decir, tal como puede verse a Folio 47 del anexo número 3 de las pruebas aportadas en la contestación de la demanda, la historia clínica del señor Ernesto Triana balletero del 7 de mayo de 2014, padecía de diabetes desde hacía más de 12 años para la fecha y había sufrido una herida con arma de fuego en la cabeza hacia 8 años; el pluricitado artículo 1058 del código del comercio inciso primero, señala que la reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocido por el asegurador lo hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido, estipular condiciones más onerosas producen la nulidad relativa del contrato.

Por lo que al estar demostrado que el señor Triana balletero, firmó la declaración de asegurabilidad omitiendo señalar las patologías que venía padeciendo la sanción de nulidad relativa por reticencia o preexistencia debe aplicarse indistintamente si el tomador actuó, con



dolo en cumplimiento de su deber de información. Aunado a esto, teniendo en cuenta que la información echa de menos al momento de celebrar el contrato de seguros, era de pleno conocimiento del actor, mal se haría en exigir a la aseguradora que realizar indagaciones e inspecciones sobre el estado del riesgo del tomador, pues no se requería desplegar esfuerzo técnico alguno para conocer sobre las enfermedades de las cual como ya se dijo, el actor se encontraba al corriente de su estado de salud, razón por lo cual declaro probada la excepción mencionada y negó las pretensiones de la demanda

## **II. DE LA APELACIÓN Y SUS FUNDAMENTOS (REPAROS). -**

El Profesional del derecho recurrente presentó los reparos que denomino de la siguiente forma:

### **1. VULNERACION INDEBIDA VALORACION DE LA PRUEBA**

### **2. VULNERACION PRINCIPIO EFICACIA DE LA PRUEBA**

### **3. VULNERACION NECESIDAD DE LA PRUEBA.**

Se condensaron los argumentos por tratarse del mismo fundamento.

Alega el apoderado que existió indebida valoración probatoria dado que el demandado no aportó prueba idónea para sustentar su oposición a las pretensiones, pues lo que aportó fue un documento precario, un cuestionario pre impreso en fotocopia simple denominado SOLICITUD SEGURO DE VIDA GR POLIZA No. 0110043 de fecha 26 de Octubre de 2011, documento que contiene dos cuerpos o partes uno manuscrito con letra que no es del tomador de la póliza, en donde con dificultad se puede constatar son datos generales relacionados del asegurado, ERNESTO TRIANA BALLESTEROS, y otro cuerpo donde es imposible la legibilidad del mismo, en dicho documento con dificultad se alcanza a leer que es DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, es por ello diáfano darle un valor a un documento cuando no existe certeza de su contenido, por lo tanto no conduce al juez a presumir sobre ninguna manifestación respecto al estado de salud de su prohiado.

### **4. VULNERACION DE LA IGUALDAD JURIDICA DE LAS PARTES.**



Asegura el apoderado del recurrente que fue vulnerado dicho principio, dado que existió un trato desigual para las partes, afirma que el Juez de primera instancia agotó todos los esfuerzos en demostrar o descubrir solo la verdad relacionada con el incumplimiento del contrato de seguro por parte del asegurado. No tuvo la misma diligencia en indagar respecto del incumplimiento del contrato por parte del asegurador, razón por la cual el fallo no expresa razones respecto de la desestimación de la tesis contenida en la demanda, solo se limitó a decir que la misma no era razonable, pero nada dijo en lo que atañe al principio de buena fe por parte del asegurador, quien guardo silencio sobre el deber de informar que le impone el artículo 9 de la ley 1328 de 2009 y el artículo 97 de la Ley 795 de 2003.

#### **5. OMISION EN LA APLICACIÓN DE LA LEY**

Con relación a este reparo asegura el recurrente que la parte demandada no se presentó a la audiencia de que trata el artículo 372 del C.G.P, ni justifico su inasistencia dentro del término de ley, inasistencia que no tuvo consecuencia jurídica contra la aseguradora demandada, por el contrario causo graves perjuicios al demandante dentro del proceso, por cuanto no se pudo interrogar a la contraparte, aunado a eso el Juez en su providencia no destaco que debía tenerse por confeso los hechos susceptibles de confesión muy a pesar que se cumplieron los presupuestos para ello.

#### **III. PROBLEMA JURÍDICO. -**

En este asunto se procede a estudiar si le asiste la razón al juzgado de primera instancia al declarar la excepción de mérito *"inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza No. VDG 0110043 por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador en la declaración del estado de riesgo"* y denegar las pretensiones.



No observándose causal de nulidad que deba declararse, se procede a resolver, previas las siguientes. -

### **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:**

#### **a) Consideraciones Generales. -**

El contrato de seguro ha sido catalogado dentro de nuestro ordenamiento jurídico como aquel negocio consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y tracto sucesivo por el cual una persona - el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta la cual se denomina prima, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a cubrir al asegurado los daños sufridos según se trata de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre patrimonio mismo.

Dentro de nuestra codificación mercantil en su artículo 1037 podemos encontrar las partes que intervienen en el contrato de seguro, el cual los establece de la siguiente manera "son parte del contrato de seguro: 1- El asegurador, ósea, la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo de las leyes y reglamentos y  
2- El tomador, ósea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

Así mismo, dentro de la misma codificación el artículo 1045 establece cuales son los elementos esenciales que deben existir en el contrato de seguro los cuales son "1º El interés asegurable, 2º El riesgo asegurable, 3º la prima o precio del seguro y 4º la obligación condicional del asegurador"

El código de comercio a su vez consagra en su artículo 1083 el interés asegurable "*tiene interés asegurable toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afecto, directa o indirectamente, por la realización de un*



riesgo. Es asegurable todo interés que, además de lícito, sea susceptible de estimación en dinero" De igual forma, el interés asegurable debe existir en todo momento de la relación contractual, así se puede leer en el artículo 1086 "el interés deberá existir en todo momento, desde la fecha en que el asegurador asuma el riesgo. La desaparición del interés llevara consigo la cesación o extinción del seguro, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 1070, 1109 y 1111" en este sentido, nuestro ordenamiento entiende el interés asegurable como la relación de contenido económico entre un sujeto (asegurado) y un bien (singular o situación patrimonial) expuesta a un riesgo determinado por lo cual en los seguros de daños lo que se pretende esencialmente es la protección del interés que posee el asegurado en cuanto a su conservación o preservación; de igual forma la Honorable Corte Suprema de Justicia en sala de casación civil Ref expediente N° 4799 señalo que "se tiene establecido que éste, grosso modo, es una relación -relatio- de carácter económico que liga -o vincula- a una persona con una cosa, con una universalidad, consigo misma."

El Artículo 1058 del Código de Comercio consagra las siguientes características del Código de Comercio:

"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.

Si 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. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador solo estará obligado, en caso de siniestro,



a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente"

Este Despacho se permitirá exponer partes de la Sentencia T-071-2017 de la Corte Constitucional respecto al tema en comento:

"En cuanto a la declaración de asegurabilidad, es claro que pese a provenir del tomador, hay una carga de diligencia que se impone a la aseguradora y que consiste en la imposibilidad para esta de alegar como causal de reticencia un hecho que ella tuvo que haber conocido. Así por ejemplo, en aquellos casos en los que un funcionario de la empresa se dirige hasta un centro médico donde se dónde se encuentra el tomador de la póliza, la compañía aseguradora debe hacer los exámenes o pedir los conceptos médicos necesarios para incluir la afección en la declaratoria de riesgo. De no hacerlo, no podrá alegar mala fe (y con ello reticencia o preexistencia) de parte del tomador. La Sala de casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sostenido que la información suministrada en los cuestionarios de declaración del estado de riesgo permite tener conocimiento de los riesgos que serán asumidos, por lo cual:

"Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, esta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro"( Corte Suprema



de Justicia, sala de casación civil: sentencia 1º Septiembre 2010, rad 05001-3103-001-2003-00400-01 M.P. Edgardo Villamil Portilla)"

(...) el asegurador, al momento de presentar y suscribir el contrato, deberá plasmar en el mismo los eventos preexistentes que pudo apreciar o que tuvo oportunidad de conocer, a pesar que no sean declarados por el tomador. El silencio del asegurador frente a estos hechos constituye una clara negligencia en su deber de ejercer una conducta que ayude a determinar con precisión las circunstancias que se encontrarán amparadas por el seguro y aquellas que serán excluidas. Esto conduce a declarar que, para casos relacionados con personas que durante el transcurso del contrato sufren una invalidez superior al 50%, el examen judicial deberá analizar la conducta de la entidad aseguradora sobre un margen de diligencia más estricto, en el sentido de poder establecer si la objeción presentada sobre la ejecución del amparo crediticio se basa en hechos que fueron advertidos al momento de pactar el negocio y que no fueron plasmados por el asegurador.

De esa manera, los hechos advertidos por el asegurador en el momento previo a la suscripción del contrato, que puedan generar siniestros futuros, pero frente a los cuales se guardó silencio, se deberán considerar como irrelevantes para la compañía aseguradora y por lo tanto se erigirán como riesgos amparados. Por esta razón, en caso de no consignarse la exclusión de esa afección, se presumirá que la empresa aseguradora conoció del evento preexistente y decidió asumir el riesgo por invalidez o muerte que pudiese derivarse de esa circunstancia, pues el silencio deberá interpretarse a través de una valoración a favor del consumidor.

6.7. Frente a la reticencia, la jurisprudencia constitucional ha señalado que no basta con identificar el hecho preexistente para afirmar la existencia de la reticencia. Al contrario, en todos los casos la aseguradora deberá demostrar la mala fe del suscriptor. Esa carga tan sustancial existe pues, como se explicó anteriormente, la reticencia implica la existencia de dolo del tomador.



En conclusión, el contrato de seguros es, por naturaleza, un contrato consensual donde las dos partes deben ejercer la buena fe más allá del estándar usual de los contratos comerciales. Esta situación no es distinta en los contratos de seguro de vida grupo deudores, respecto de los cuales esta Corporación ha documentado largamente esa relación y la extensión de esa obligación de buena fe calificada. El legislador otorgó plena libertad de configuración contractual a las entidades financieras y aseguradoras dentro de los contratos relacionados con suscripción de pólizas de seguros. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha advertido que dicha libertad, en muchas ocasiones, genera un rompimiento del equilibrio del contrato y termina ubicando al consumidor o cliente en un estado de indefensión frente a la compañía aseguradora, que, en últimas, le coloca ante una imposibilidad de cumplimiento del contrato y por ende ante la ejecución de sus bienes (viviendas por lo general).

La mencionada jurisprudencia trae a colación la importancia del principio de solidaridad por parte de las aseguradoras la cual determina:

(...) El principio de solidaridad impone a las entidades del sector asegurador una carga de diligencia especial, que demanda un esfuerzo para obtener una seguridad precisa sobre la declaración del asegurado en cuanto a la existencia de patologías que lo afectan previamente. Así las cosas, la jurisprudencia constitucional, frente a sujetos en estado de vulnerabilidad, se ha visto en la necesidad de hacer un estudio flexible de las leyes que regulan los contratos de seguros de vida, para con ello evitar que se configuren excesos comerciales que violen derechos fundamentales de estos consumidores, especialmente, el mínimo vital, la vida y la vivienda, en condiciones de dignidad. Entre estas medidas se encuentra la necesidad que tiene el juez de interpretar los contratos de seguros a través de la óptica del principio pro costumatore y de valorar las condiciones de cada contrato para evitar que se consume una afectación sobre los derechos al mínimo vital, a la vida digna y a la vivienda digna. Cuando se cumple con las reglas de procedencia del amparo descritas, la compañía aseguradora debe demostrar que desplegó una conducta diligente y que no dejó de ver lo que era evidente.



### ANÁLISIS CASO CONCRETO

Precisado lo anterior procede este Despacho a desatar la apelación, y tenemos que revisado el material probatorio como sustento para declarar probada la excepción de mérito denominada: "

*"inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza No. VDG 0110043 por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador en la declaración del estado de riesgo"* observa esta operadora judicial que la declaratoria de asegurabilidad aportada por el demandante que se encuentra en el folio 58 y 114 del cuaderno No. 1 y la aportada por la aseguradora demanda (folio 71 del cuaderno No. 2 ) no es visible, pues la fotocopia simple de dicho documento es borrosa y no permite con claridad distinguir el cuestionario presentado por la compañía aseguradora al tomador, por más esfuerzo que se haga no es legible el documento, razón por la cual esta servidora judicial facultada por el artículo 169 del C.G.P y ss que permite decretar prueba de oficio mediante auto de fecha 29 de Octubre de 2020 solicitó a la aseguradora suministrara copia legible de la declaratoria de asegurabilidad diligenciada por el señor ERNESTO TIRANA, misma que fue allegada al Despacho por parte de la demandada y que permite con mayor certeza valorar el cuestionario efectuado por la aseguradora y en la que en efecto se puede observar que el señor ERNESTO TRIANA no declaró ninguna preexistencia.

No obstante lo anterior, este ministerio judicial recalca que el recurrente alega como uno de los reparos a la sentencia de primera instancia, la indebida valoración del acervo probatorio y está más que claro para esta agencia judicial que para el Juez de primera instancia no era legible el cuestionario de asegurabilidad, pues solo se tiene certeza del contenido de dicho interrogatorio en esta instancia, pero también salta de bulto que no efectuó una valoración conjunta de las pruebas allegadas al plenario, a dicha conclusión se arriba porque el A-quo llega a la declaración de la reticencia simplemente por la omisión del



demandante en la declaratoria del estado de salud en el cuestionario presentado por la aseguradora, luego de haber analizado la copia simple de la declaración de asegurabilidad ilegible y la historia clínica expedida del hoy demandante visible a folios 123-289 del cuaderno No. 1 y que fue portada por la entidad aseguradora en la que se evidencia claramente que no fueron informadas las patologías de : hipertensión arterial, diabetes mellitus, infarto agudo de miocardio, angina de pecho e impacto con arma de fuego en la cabeza.

Sin embargo, el juez de primera instancia omitió analizar si verdaderamente con las pruebas aportadas que fueron: copia simple de la declaratoria de asegurabilidad (folios 114), contestación a derecho de petición (folios 117-121) e historia clínica del señor ERNESTO TRIANA expedida por la EPS SALUD TOTAL (folios 123-289) estaba la aseguradora demostrando el nexo causal entre las preexistencias no informadas por parte del demandante y la condición médica que dio origen al siniestro en este caso con la INSUFICIENCIA RENAL PERITONIAL CRONICA MAS REDUCCION DE LA VISION POR RETINOPATIA, elemento indispensable para demostrar la reticencia así lo ha expresado la Corte Constitucional y dichos preceptos han sido acogidos por H. Corte Suprema de Justicia sala de casación civil quien en sentencia STL3608-2019 cuyo magistrado ponente es el Dr. JORLE LUIS QUIROZ ALEMAN trae a colación lo establecido en la sentencia T-282 de 2016 en la que se expresó lo siguiente:

*En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. En virtud del derecho fundamental al debido proceso y del principio de responsabilidad en la valoración de las pruebas, la entidad también deberá valorar las pruebas aportadas en el trámite adelantado por el tomador a la luz de los principios de la sana crítica.*

**22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad**



entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización. (negrillas de la Sala)

El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene **una doble carga**: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición. (negrillas en el texto original, subrayas de la Sala)

En armonía con dicho precedente es evidente que la obligación de demostrar el nexo causal entre las enfermedades que padecía el señor ERNESTO TRIANA al momento de suscribir el contrato de seguro, recaía en la aseguradora BBVA SEGUROS COLOMBIA y tal carga no se cumplió por parte de la entidad dado que no arrió probanza alguna de que



la enfermedad que ocasionó que el fondo de pensiones PROTECCION S.A calificara al señor ERNESTO TRIANA con una pérdida de capacidad laboral de 66.38% fue diagnosticada antes de celebrar el contrato de seguro, pues de la historia clínica se desprende que la falla renal fue diagnosticada 3 años después de suscrito la obligación contractual y es más la fecha de estructuración de la invalidez fue en mayo 8 de 2014, tampoco fue diligente la aseguradora en demostrar que las enfermedades dejadas de declarar tenían relación directa con la enfermedad que finalmente llevo a la pérdida de capacidad laboral del hoy recurrente, es decir no arrió dictamen o concepto medico alguno que conllevara al juzgador a concluir que las enfermedades antes descritas podían ocasionar la patología que hoy padece el señor ERNESTO TRIANA y que finalmente conllevaron a ocurriera uno de los riesgos amparados en la póliza de seguro.

por manera que, reitera este ministerio judicial, que la entidad aseguradora no fue diligente , pues tiene además de la declaratoria de asegurabilidad la obligación de averiguar la información del estado de salud desde el momento de la suscripción del contrato, y además sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo en aras de evitar ser engañada al esconderse el estado de salud del deudor, debe propender por averiguar el estado de salud de sus suscriptores bien sea a través de exámenes médicos o solicitando las historia clínica o algún documento que corrobore la información suministrada por el tomador.

Así las cosas, se revocará la providencia recurrida y en su lugar se ordenará la aseguradora BBVA SESUROS DE VIDA COLOMBIA S.A a cancelar la obligación contraída por el señor ERNESTO TRIANA con la entidad bancaria BBVA S.A por la suma que adeuda hasta la fecha de su pago y si después de cancelada la deuda existiere alguna diferencia sea entregada al hoy demandante.



Ahora en lo atinente a los intereses solicitados por la parte activa esta agencia judicial acoge el criterio expresado por la Sala Segunda de Decisión Civil familia del H. Tribunal Superior de Barranquilla en la sentencia de tutela rad. T-2019-00463 y dará aplicación a lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio que establece:

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

*Al ser la norma muy clara cuando se refiere para esta circunstancia en la determinación de los intereses que se debe pagar la aseguradora en la modalidad de moratorios, como una vez y media de los corrientes.*

*(...) señala que esos intereses se causan desde los 30 días siguientes a la reclamación y no desde la fecha de la sentencia judicial que ordena el pago".*

Basado en este parámetro y revisado el expediente se observa que la reclamación por parte del beneficiario fue presentada el día 2 de marzo de 2015 a la entidad BBVA S.A, la cual fue remitida y recibida por la aseguradora el día 4 de marzo del mismo año, razón por la cual el pago debió hacerse efectivo a partir del día 4 de abril de 2015, por lo que desde tal fecha la aseguradora se encuentra en mora.

En mérito de lo expuesto el Juzgado Once Civil Del Circuito de Barranquilla, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por mandato de la ley,

**RESUELVE:**



**PRIMERO:** Revocar la sentencia adiada 07 de octubre de 2019, proferida por el JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA dentro del proceso VERBAL seguido por ERNESTO TRIANA BALLESTEROS contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

**SEGUNDO:** Como consecuencia de lo anterior, condenase a la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a cancelar la obligación a la entidad bancaria BBVA S.A, contraída por el señor ERNESTO TRIANA BALLESTEROS, amparada en la póliza 0110043, con base en lo pactado en el contrato de seguro.

**TERCERO:** condénese al pago de los intereses moratorios en la forma establecida en el artículo 1080 del Código de comercio los cuales deberán ser Liquidados desde el 4 abril 2015 hasta la fecha que su pago se efectué.

**CUARTO:** Condenar en costas de ambas instancias, a la entidad aseguradora. Como agencias en derecho, se fija la suma \$1.759.770, que equivale al 3% del valor de la pretensiones, monto que se ha de incluir en la liquidación que haga la secretaria del Juzgado de primera instancia.

**QUINTO:** Ejecutoriada la presente providencia, devuélvase oportunamente el expediente al juzgado de origen. Notifíquese a las partes por el medio expedito.

  
**NEVIS GÓMEZ CASSERES HOYOS**  
JUEZ