



RADICADO:	08638408900320190064201
RAD. INTERNO:	2023-00049
PROCESO:	VERBAL CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.
DEMANDANTE:	EDITA ISABEL SULBARAN CUENTAS.
DEMANDADOS:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
JUZGADO PRIMERA INSTANCIA	JUZGADO TERCERO PROMISCOU MUNICIPAL DE SABANALARGA.

INFORME SECRETARIAL:

Señora Juez, a su Despacho el expediente de la referencia, el cual fue remitido por el Juzgado Tercero Promiscuo Municipal de Sabanalarga para surtir recurso de apelación.

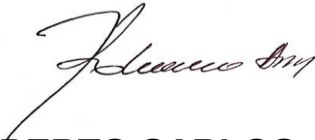
Le informo que, en el expediente de la referencia, previa revisión del correo electrónico del Juzgado, se pudo constatar que la totalidad de la correspondencia, está integrada a la carpeta digital. De igual manera, se encuentran organizadas las piezas procesales y actualizado el respectivo índice.

En el mismo se encuentra pendiente por resolver el recurso de apelación presentado por el apoderado judicial de la parte demandada, contra la sentencia de fecha 22 de Junio de 2023, proferida por el Juzgado Tercero Promiscuo Municipal Oral de Sabanalarga, Atlántico, mediante la cual se concedieron las pretensiones de la demanda y se declararon no probadas las excepciones propuestas por la parte demandada.

Ya se encuentran surtidos los traslados las partes no solicitaron pruebas ni el despacho decreto de oficio.

Sabanalarga, Atlántico, marzo ocho (08) de Dos Mil Veinticuatro (2024).

El secretario,



ROBERTO CARLOS ARIZA MONTERO

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE SABANALARGA
ATLÁNTICO, OCHO (08) DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO
(2024).**

FINALIDAD DE LA PROVIDENCIA.

Procede el Despacho a resolver el recurso de apelación presentado contra la sentencia de fecha 22 de Junio de 2023, proferida por el Juzgado Tercero Promiscuo Municipal Oral de Sabanalarga, Atlántico, mediante la cual se concedieron las pretensiones de la demanda y se declararon no probadas las excepciones propuestas por la parte demandada.

FUNDAMENTOS DE LA PRIMERA INSTANCIA.

El despacho de conocimiento en decisión de primera instancia resolvió las pretensiones de la demanda al considerar que:

Previo los análisis de las respectivas demandas principal y contestación, la juez en sentencia resolvió declarar no probadas las excepciones de mérito presentadas por las demandadas BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA COLOMBIA S.A., se declaró civilmente responsable a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por el incumplimiento derivado de los contratos contenidos en la Póliza de Seguros de Vida Deudores N° 0110043

(M026300110236207479600196566), al abstenerse a realizar el pago del riesgo amparado en las Pólizas donde figura como asegurada la señora EDITA ISABEL SULBARAN CUENTAS y se ordenó el reconocimiento y pago al BANCO BBVA COLOMBIA S.A del saldo insoluto de la obligación N° 00130759229600111248 y 05012016070322016, contraídas por la señora EDITA ISABEL SULBARAN CUENTAS con BANCO BBVA COLOMBIA S.A., amparados en las Pólizas de Seguros de Vida Deudores N°. 0110043 (M026300110236207479600196566), el reconocimiento y pago a la demandante EDITA ISABEL SULBARAN CUENTAS de las cuotas pagadas desde la fecha de estructuración de la enfermedad, 11 de julio 2017, hasta la fecha de presentación de la demanda, y las cuotas que hubiere pagado después, en los créditos 00130759229600111248 y 05012016070322016, contraídas por la señora demandante EDITA ISABEL SULBARAN CUENTAS con BANCO BBVA COLOMBIA S.A., amparados en las Pólizas de Seguros de Vida Deudores N° 0110043 (M026300110236207479600196566) y se condenó en costas a la parte demandada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y se fijó agencias en derecho por la suma de \$4.430.000, equivalentes al 7% de las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo establecido en el artículo 5.1 del Acuerdo PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016.

DE LA APELACION Y SUS FUNDAMENTOS

La vocera judicial de la parte demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, Dr. OLFA MARIA PEREZ DE ORRELLANO, esgrime como razones de la apelación de manera resumida, lo siguiente:

La Sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**, cuestiona la sentencia de primer grado, por considerar:

a) Que se sancionó la omisión de la aseguradora de verificar el estado de salud de la demandante, aun cuando no es obligación hacerlo; pero no se aplicaron a ésta los resultados adversos que la ley estipula cuando el asegurado actuando de mala fe, desatiende su obligación de informar veraz y honestamente su estado de salud en los seguros de vida, que no es otro, que declarar la nulidad relativa del contrato correspondiente;

b) Que, para no declarar acreditada la excepción de inexistencia del nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, el juez a-quo se fundamentó en una sentencia de tutela de la Corte Constitucional que no tiene efectos erga omnes, desatendiendo que la jurisprudencia y la doctrina nacional son consistentes en considerar que no se requiere tal nexo de causalidad para declarar la nulidad por reticencia, pues lo que se sanciona y es relevante, es una relación causal entre el vicio que afecta la declaración de asegurabilidad, y el consentimiento del asegurador para realizar el contrato ignorándolo, y por ende, desconociendo el verdadero estado del riesgo en los seguros de vida;

c) Que no se declaró probada la excepción de buena fe de la aseguradora demandada, a pesar de que en este tipo de contratos se exige al asegurado actuar con una buena fe calificada al momento de informar su estado de salud;

d) Que no se declaró probada la excepción de inexistencia de la obligación de la aseguradora de efectuar pagos o devoluciones a la demandante, sin tomar en consideración que el beneficiario de los contratos de seguros es el banco acreedor; y

e) Que no se declaró probada la excepción de inexistencia de la obligación de reconocer intereses moratorios a favor de la parte demandante, cuando, siendo el beneficiario el banco acreedor, es éste quien puede demandar el pago de intereses.

En ese sentido, de conformidad con los anteriores fundamentos, solicito muy respetuosamente, estudiar a fondo el proceso en cuestión y cada uno de los reparos propuestos dentro del recurso de apelación, analizar todas las pruebas aportadas con la demanda y revocar la sentencia de fecha 22 de junio de 2023.

A su turno la apoderada judicial de la parta demandada del BANCO BBVA COLOMBIA S.A. Dra. VICTORIA MILENA SERRET BOLIVAR, manifestó:

Se opone a la condena en costas y agencias en derecho a cargo del BANCO BBVA COLOMBIA S.A. Siendo el Banco el destinatario de la indemnización derivada de la ocurrencia del siniestro, pues fue la aseguradora quien objetó la reclamación manifestando que existió reticencia por parte de la asegurada.

Conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 365 del C.G.P., “Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso” Tal como puede observarse, en la providencia apelada el BANCO BBVA COLOMBIA no fue declarado civilmente responsable.

Conforme lo expresado por la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, en sentencia de noviembre 28 de 1990, en relación con los principios que rigen la condena en costas, son dos las soluciones que se han dado para resolver quien debe asumir los gastos del proceso: la que

considera que cada litigante debe correr con sus gastos y la que estima que tales erogaciones deben hacerse por la parte vencida. Esta última ha sido acogida por la generalidad de las legislaciones contemporáneas, incluyendo la legislación colombiana.

DEL PROBLEMA JURIDICO A RESOLVER.

En primer lugar, debe aclararse, que conforme al artículo 320 del C.G.P., está legitimado en causa para proponer el recurso vertical, la parte a quien haya sido desfavorable la providencia, y como quiera que la sentencia accedió a las pretensiones principales, que estaban dirigidas únicamente contra la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria – BBVA COLOMBIA S.A. está legitimado en causa para recurrir en apelación únicamente en lo que respecta al numeral 5º de la sentencia apelada que lo condenó en costas, de manera que en lo que a este demandado concierne, luego de resolver la apelación de la otra demandada, el despacho se ocupará solamente en determinar si procede o no condenarlo en costas.

En relación con la entidad demandada Sociedad **BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A.**, el despacho analizara, si por la circunstancia de no haber declarado la demandante, al diligenciar los formularios de asegurabilidad, que enfermedad padecía, esto tenga que afectar de nulidad relativa los contratos de seguros grupo a los que adhirió, de los que deriva las pretensiones planteadas en este proceso; y en caso de ser así, se resolverá si la aseguradora demandada debe devolver a la demandante, junto con los intereses, los dineros que ésta pagó al BANCO BBVA para honrar los créditos amparados por las aludidas pólizas de vida de seguro grupo, desde la fecha de

estructuración del riesgo asegurado, hasta el monto de los saldos insolutos cubiertos por el valor asegurado.

Arribado el recurso a esta instancia judicial, fue admitido con la orden de surtir las respectivas oportunidades para sustentar y replicar.

Surtida toda la segunda instancia, se emite decisión que resuelve la alzada, dejando claro que los presupuestos procesales están satisfechos, puesto que el juzgado de instancia y esta superioridad, son competentes para decidir el asunto, por su naturaleza y cuantía entre otros factores determinantes.

En este caso, se encuentran configurados cada uno de los requisitos respecto de la apelación: se presentó por la parte solicitante, quien ve afectado sus intereses al accederse a las pretensiones de la demanda, lo hace oportunamente cumpliendo la carga argumentativa necesaria para considerarse sustentado; también, se trata de una providencia que por su naturaleza es apelable.

La demanda reúne los requisitos de forma exigidos por la ley y las partes resultan capacitadas civil y procesalmente para intervenir en esta litis, tampoco se observan irregularidades que puedan afectar la validez del trámite, por tal razón se decide de fondo, previas las siguientes.

CONSIDERACIONES:

a) De la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo.

El principio de buena fe se encuentra consagrado en el art. 83 de la Constitución Nacional, al establecer el Estatuto Superior, que “Las

actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten..."; lo cual, en lo que concierne a las relaciones contractuales, se encuentra estipulado en el art. 871 del Código de Comercio, según el cual *"Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no solo 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"*; previsiones constitucionales y legales a las que, obviamente, no escapa el contrato de seguros.

Tenemos, que el art. 1058 del Código de Comercio, impone al tomador del seguro, la obligación de *"...declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo..."*, so pena de que la *"...reticencia o 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"*; disposición normativa respecto de la cual el Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio, en el acta N° 73, publicada en 1983 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros "Acoldese", Bogotá, Unión Grafica Ltda., consideró que es posible afirmar que del art. 1058 del Código de Comercio, emerge que:

a) El tomador del seguro tiene la carga precontractual de declarar sinceramente los hechos y circunstancias significativas que determinan el estado del riesgo;

b) La declaración puede hacerse con o sin cuestionario;

c) La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida fidelidad en las respuestas o relato, total o parcialmente, en lo que debiera decirse;

d) Las inexactitudes y reticencias, por dolo o culpa del tomador, son sancionadas con la declaratoria de nulidad relativa del contrato, siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo, o sea, de aquellos que, de haber sido conocidos por el asegurador, lo habrían retraído de contratar, o, lo hubiera hecho exigiendo condiciones más onerosas para el tomador;

e) No habrá nulidad si las inexactitudes o reticencias relevantes provienen de error inculpable del tomador; caso en el cual, el asegurador solo queda obligado a pagar una parte de la prestación asegurada, directamente proporcional a lo que la tarifa o prima pactada represente en relación con la tarifa o prima correspondiente al verdadero estado del riesgo; con excepción al principio de *incontestabilidad*, que, en materia de seguros de vida consagra el art. 1160 del C. de Cio.;

f) La sanción por inexactitud o reticencia no tiene lugar, si en la etapa precontractual, el asegurador ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre las que versan los vicios de la declaración, o si, celebrado el contrato de seguros, los subsana o acepta expresa o tácitamente; y

g) No hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia, y el siniestro.

Respecto de esta última conclusión, la Corte Constitucional, en sentencia C-232 de mayo 15 de 1997, al estudiar la demanda que solicitó la declaratoria de inexequibilidad, o de constitucionalidad condicionada de la nulidad relativa del contrato de seguros, con fundamento en que las reticencias o inexactitudes en la declaración de asegurabilidad tienen que estar en relación de causalidad con el siniestro, la Corporación, luego de señalar que el art.1058 del Código de Comercio exige del tomador del seguro una buena fe calificada tanto para el asegurador como para el tomador; y centrándose en la carga precontractual que corresponde al tomador, señaló:

“...Es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe.

Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que, si el asegurador, como se ha visto, está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios.

Las nulidades relativas del art. 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto. En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo,

de buena fe se le ha expedido una póliza de seguros, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto *ab initio*, en el momento de celebrar el contrato de seguro y no al acaecer el siniestro. La relación de causal que importa y que, para estos efectos debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador (...) Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción solo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato...”.

En este orden de ideas, señaló la alta Corporación, que “...el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se le puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines (...). En consecuencia, como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la

mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe...”

De igual manera, en decisión T-00827 de junio 1º de 2016, la Corte Constitucional se pronunció en relación con la práctica de las aseguradoras de alegar la preexistencia de enfermedades para sustraerse de la obligación de pago de la indemnización en los seguros de vida, estableciendo una serie de principios y criterios que han de tomarse en consideración, para en casos concretos determinar si la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador o asegurado, según sea el caso, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, que se pueden sintetizar así:

a. En virtud del principio de buena fe, las aseguradoras tienen la obligación de redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones posibles;

b. Las aseguradoras tienen la obligación de realizar exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado;

c. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, según sea el caso, es decir, la voluntad de éstos de ocultar la existencia de una condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro;

d. El asegurador debe acreditar que, de haber conocido la patología preexistente, no hubiera contratado, o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas para el tomador o asegurado;

e. Si el asegurador conocía, podía conocer, o no demuestra que los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia, no podrán eximirse de la obligación del pago del seguro; y

f. La asegurada no puede limitarse a alegar preexistencias, sino que debe demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y el siniestro, para sustraerse del pago de la indemnización pretendida.

Postura que fue reiterada por la Corte Constitucional en sentencias T-027 de 2019 y T-061 de 2020 al señalar que la compañía de seguros que alegue la inexactitud o reticencia en el contrato de seguros, para liberarse del pago de la indemnización, debe acreditar 1) El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguros –enfermedades preexistentes- y aquellas que dieron lugar a la materialización del riesgo asegurado; y 2) La mala fe del tomador o asegurado al momento de celebrar el negocio jurídico aseguraticio.

En igual tema, la Corte Suprema de Justicia en sentencia, consideró que la reticencia que da lugar a la nulidad relativa del contrato se configura por el ocultamiento de la verdad por parte del tomador o beneficiario del seguro frente a su historial, sin que resulte necesario indagar acerca de la importancia que para la aseguradora tiene el hecho ocultado, para efectos de decidir si realiza el contrato o lo hace en condiciones diferentes, puesto que ello se infiere del hecho de que las preguntas relacionadas con el mismo se encuentren insertas en el

formulario propuesto; sin embargo, en sentencia SC3791 de 2021, la Sala de Casación Civil de dicha Corporación efectuó un profundo estudio de la figura jurídica de la inexactitud o reticencia en los contratos de seguro, puntualizando lo siguiente:

1. Que, la ubérrima buena fe que se exige en el contrato de seguros, va en dos vías, *“...por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados, al «mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas».* 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” como ya los había exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio, sobre el entendimiento del texto en cuestión, en el antecedente de casación civil de 19 de abril de 1999, expediente 4929, en el cual la Sala preconizó que la buena fe es *«un postulado de doble vía (...) que se expresa – entre otros supuestos- en una información recíproca»*, tesis reiterada el 2 de agosto de 2001, y reafirmada en el del 26 de abril del 2007. Estos precedentes antes citados, pero que ahora recaba la Sala, estructuran una recia doctrina probable (artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe, pero también sobre la obligación de indagación en cabeza de la aseguradora.

2. Que, para la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguros, en los términos del art. 1058 del Código de Comercio, no basta que el tomador o asegurador haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo; sino que, además, la información omitida o suministrada en forma no veraz, debe tener una

importancia o trascendencia determinante en la formación del contrato, de tal manera que *“... si la declaración incompleta se concentra en aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia se puede derivar en el sentido sancionatorio mencionado, todo lo cual se funda en la lealtad y buena fe que sustenta los actos de este linaje.*

3. Que, *“...si bien el asegurador es sujeto pasible de intensa y plausible protección de cara al fraude, a la deformación consciente de la realidad, o a la mera inexactitud patrocinados por determinados e inescrupulosos candidatos a tomadores que socavan el acrisolado postulado de la buena fe, aquel no puede asumir invariable e irrestrictamente, una actitud rayana en la pasividad, más propia de espectadores que de partícipes en una relación negocial... cuando sobre él gravita... un correlativo deber de colaboración que, desde un ángulo más solidario –bien entendido- se orienta a la satisfacción del interés de su cocontratante (...); de manera que partiendo de la declaración que suministra el tomador o asegurado, “... 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.”*⁵; aclarando sin embargo, que ello no implica, indefectiblemente, que la asegurador deba efectuar de manera forzosa un examen médico previo a la suscripción del seguro, pues el art. 1158 del Estatuto Mercantil prevé la posibilidad de que se prescinda de dicho examen, sin que ello implique liberación de las responsabilidades contenidas en el art. 1058 ibídem; pero en este caso, debe acreditar la mala fe del tomador o asegurado;

4. Que, en consecuencia, la compañía de seguros que pretende la declaratoria de nulidad relativa, en términos del art. 177 del C.P.C., actual art. 164 del C.G.P., tiene la carga de demostrar la reticencia o inexactitud, la incidencia que ello tuvo en el consentimiento del asegurador, que de haber conocido la verdad de los hechos que fueron ocultados, tergiversados o falseados no hubiera contratado o lo hubiera hecho en condiciones diferentes más onerosas para el tomador o asegurado, puesto que “...la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato»⁶. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento.

DEL CASO EN CONCRETO.

Descendiendo al análisis del recurso de apelación, tenemos que, el A quo accedió a las pretensiones principales de la demanda, luego de desestimar la excepción de nulidad relativa del contrato de seguros invocada por el extremo pasivo, por considerar que la nulidad no se encuentra configurada en este caso, dado que **i)** La aseguradora tenía la carga de realizar exámenes médicos previos a la demandante, antes de otorgarle las pólizas de seguro referenciadas, para conocer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir los contratos respectivos, lo que no hizo.

Así lo ha dejado sentado la Corte Constitucional, en Sentencia T-393 de 2015); al decir: **ii)** La aseguradora tenía la carga de demostrar que existe nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud (condición médica no declarada) y la condición médica que fue causa del siniestro,

para poder declarar la nulidad (Corte Constitucional, Sentencia T-282 de 2016), lo que tampoco hizo.

La demandada compañía de seguros, cuestiona tales argumentos, alegando que está acreditado en el plenario que para la data en que se suscribieron las diferentes pólizas de seguro a que se hace referencia en el proceso, la demandante padecía de HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ARTROSIS LITOTRIPSIA, enfermedad a la que no hizo referencia alguna al momento de declarar su estado de riesgo, pese a que taxativamente le fue preguntado si había sufrido de dolor en el pecho, o cualquier enfermedad del corazón, a lo que siempre respondió que no, colmándose el requisito previsto por el art. 1058 del Código de Comercio para declarar la nulidad relativa del contrato; pues, de otra parte, estima que no existe obligación legal de realizar exámenes médicos previos a la expedición del seguro, pues el mismo Código de Comercio indica, que la no realización de los mismos, no exime al asegurado de los deberes que le impone el artículo 1058 de la normatividad mercantil; aunado al hecho de que la jurisprudencia ha decantado, que no es necesario que exista un nexo de causalidad entre el padecimiento oculto y aquel que produjo la incapacidad o muerte que activa el seguro, lo que permite establecer que la señora EDITA ISABEL SULBARAN CUENTAS tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad en el año 2015 y 2016.

Para entrar a resolver la cuestión planteada por la compañía aseguradora recurrente, menester es indicar que son hechos pacíficos en este caso: **i)** La adquisición de productos de crédito amparados por pólizas de seguro de vida grupo deudores, y una póliza de hogar, **ii)** La firma de las correspondientes declaraciones de asegurabilidad por parte de la demandante, en las que se indicó no padecer de enfermedad

alguna, **iii)** El diagnóstico preexistente de hipertensión arterial que había sido dado a la demandante, con anterioridad a la suscripción de las pólizas, y, **iv)** La objeción formulada por la aseguradora, frente al reclamo efectuado por la actora, bajo el argumento de reticencia; hechos estos que al estar aceptados por las partes, no merecen mayor análisis.

El núcleo del asunto radica en determinar, si con las pruebas enunciadas anteriormente, resultan suficientes para declarar la nulidad relativa de los seguros pactados, como aspira la compañía de seguros demandada; a lo que el Juez de instancia respondió negativamente, basándose en argumentos jurídicos que este despacho comparte, pues tal y como antes se explicó, frente al examen médico ha concluido la jurisprudencia constitucional y la de la Corte Suprema de Justicia como órgano de cierre de la justicia ordinaria, que su realización para establecer el estado de salud del asegurado es optativa, pues el interesado en el seguro está compelido en virtud de la ley a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, por lo que no puede decirse que lo que calla el asegurado, lo asume irrestrictamente el asegurador; mientras que frente a la necesidad de coincidencia entre lo ocultado y la causa de la materialización del riesgo, han establecido ampliamente las dos corporaciones que la nulidad relativa derivada de la reticencia se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro, puesto que la relación de causalidad que se examina es la de la inexactitud de la información suministrada por el tomador o asegurado, en relación con la incidencia que ello hubiere tenido en la expresión del consentimiento de la compañía aseguradora, para otorgar el seguro o hacerlo exigiendo condiciones más onerosas o garantistas.

Así las cosas, para esta superioridad judicial, la nulidad solicitada por vía de excepción por la compañía recurrente, no está llamada a prosperar, pero, más que por lo dicho por el juez a-quo, lo es por las razones que esboza esta instancia, al no haber demostrado la aseguradora que la información ocultada por la demandante -a saber, que sufría de hipertensión arterial y artrosis litotripsia, tenía la connotación o relevancia suficiente, para que, de haberla conocido antes de expedir las pólizas de seguro de marras, le hubiese motivado a no realizar dichos contratos de seguro, o en su defecto, para contratar hubiese impuesto unas condiciones más onerosas para la demandante.

Resáltese que, los requisitos para la declaratoria de nulidad relativa del contrato de seguros por inexactitud o reticencia en la declaración del riesgo asegurado, además de requerir la prueba de haber obrado el tomador o asegurado en tal forma, se requiere que se demuestre que lo hizo de mala fe, como quiera que la buena fe se presume; y además, que si la compañía aseguradora hubiese tenido conocimiento de los hechos ocultados o falseados, no hubiere contratado, o lo hubiere hecho exigiendo unas condiciones que le fueran más favorables.

Sintetizando, encontramos entonces que, demostrada está la inexactitud de la información suministrada por la demandante, puesto que ciertamente en la declaración de asegurabilidad declaró no padecer enfermedad alguna, cuando es lo cierto que, con anterioridad a la suscripción de los contratos de seguro de la referencia, le había sido diagnosticada de padecer la patología de hipertensión arterial, pero que en ningún momento se le preguntó y que ella no llenó el formulario y que confió en la asesora y finalmente firmó, por lo que no lo hizo de mala fe a pesar de ser conocedora de las enfermedades que la

aquejaban, manifestó no padecer ninguna patología, sobre su verdadero estado de salud.

Sin embargo, como antes se ha analizado, tales dos supuestos fácticos no resultan suficientes para que se abra paso la declaratoria judicial de nulidad relativa de los contratos de seguros objeto de este proceso, como quiera que, además de ello, la aseguradora demandada debía acreditar en el proceso, que la información ocultada era de tal relevancia, que de haberla conocido, no hubiera expedido las aludidas pólizas de seguro, o hubiera exigido a la demandante el cumplimiento de otras condiciones que le ofrecieran mayor garantía y por ende que fueran más onerosas para la accionante, lo que no demostró.

Referente a tal omisión probatoria, parece asegurar la apoderada de la aseguradora recurrente, que la ubérrima buena fe en materia de seguros sólo es exigible al interesado en adquirirlos y no a la compañía de seguros, lo cual es un desacierto, pues así como se exige al interesado declarar fiel y honestamente su real estado de asegurabilidad, no bastando el simple cumplimiento de formalismos, en el mismo sentido se exige a la compañía de seguros, como profesional especializado y ostentador de la posición dominante en este tipo de convenios, actuar con la misma buena fe; lo que a no dudarlo se traduce, en que al momento de alegar la nulidad, deba demostrar, por cualquiera de los medios probatorios admisibles por nuestra legislación, la trascendencia e importancia que para la compañía representaba la información ocultada o falseada, según sea el caso; de manera que así como no escatimó esfuerzo en probar la reticencia y la mala fe de la demandante, la labor probatoria debía ser igualmente productiva en lo que respecta a revelar la importancia y trascendencia que para esa empresa tenía la información ocultada para efectos de decidir si expedía o no las pólizas contratadas, o si las expedía previo el lleno de otras

condiciones o requisitos que, en términos de equilibrio contractual, garantizara la conmutatividad del contrato; acreditando a través de alguno o algunos de los medios probatorios disponibles, que la circunstancia de padecer la demandante las patologías mencionadas, comportaba un factor decisivo para ella suscribir los contratos de seguros de marras, o, para hacerlo en otras condiciones, por ejemplo, que a otros clientes suyos, personas hipertensas o con padecimientos de ansiedad, en rangos de edad y condiciones socioeconómicas y laborales similares a las de la demandante, se había asumido un comportamiento contractual diferente, bien absteniéndose de contratar el seguro, o estableciendo una prima más alta; pero frente a tal aspecto, encontramos una completa orfandad probatoria.

Reiterada y defendida ha sido la posición de la Sala Civil de la Corte, daba poca importancia a este hecho, posición a la que este despacho se adhiere a los planteamientos esbozados por esa Alta Corporación en la sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021, pues de nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención.

Otras, por cuanto conocidas, real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, con todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. Estas últimas, mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que son nimias o insignificantes; y en ese orden de ideas, la excepción planteada por BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. ciertamente no estaba llamada a prosperar, como dedujo finalmente la juez de primer grado,

cuya decisión entonces será confirmada, por los argumentos en que la fundamentó, sumados a los contenidos en esta providencia.

Finalmente, para resolver el otro problema jurídico planteado, tenemos que la aseguradora demandada indica no estar obligada a pagar a la demandante ninguna suma de dinero, pues el tomador y beneficiario de todas y cada una de las pólizas de seguro que dieron lugar a la presente litis es el BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA COLOMBIA S.A., entidad a la que debe pagársele el importe de las pólizas hasta el monto del valor asegurado, dada su calidad de beneficiario oneroso; y, que tampoco está obligada a reconocer intereses a favor de la demandante, pues reitera que el pago debe hacerse es al BANCO BBVA, pues no le asiste a la demandante legitimación en la causa por activa en torno a estas pretensiones.

Contra tales argumentos, debe recordarse que este es un proceso de responsabilidad civil contractual, regido por el art.1546 del Código Civil en lo que concierne a la sanción por incumplimiento contractual, según el cual, en caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, podrá el otro contratante a su arbitrio, hacer uso de la acción de cumplimiento o la de resolución contractual, en ambos casos con derecho a pretender obtener la indemnización de los perjuicios que el incumplimiento le hubiere irrogado.

En el presente caso la demandante optó por la acción de cumplimiento contractual, y al encontrarse demostrado que la aseguradora se sustrajo del deber convencional de pagar los saldos adeudados por la actora al BANCO BBVA desde la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente que le fue certificada; como también que la demandante pagó las cuotas o valores que debían ser cubiertos por las pólizas de seguro respecto de cada uno de los créditos adquiridos y respaldados

por dichas pólizas de seguro, como fue expresamente aceptado por el BANCO BBVA al contestar la demanda, resulta evidente que la demandante, al cubrir la obligación insoluta, en la proporción que correspondía a la compañía de seguros tomando en consideración el valor asegurado, ha soportado un detrimento patrimonial denominado daño emergente, que en consecuencia debe ser reparado, y como así lo determinó la primera instancia, ello también deberá ser confirmado.

Ahora con respecto al cuestionamiento hecho en la apelación, alegado por el Banco BBVA, esto es, el que versa sobre la condena en costas, debe decirse, que, al haber sido dicha entidad bancaria absuelta de las pretensiones de la demanda, y haber prosperado éstas solo respecto de la aseguradora demandada, es claro y no requiere mayor explicación, que la condena en costas no puede afectar al aludido banco, puesto que conforme a lo previsto en el art.365 del C.G.P., la condena en costas procede contra el litigante que haya sido vencido en el proceso, o en la decisión de alguno de los recursos ordinarios o extraordinarios, o en algún trámite o incidente consagrados en el Estatuto Procesal; de manera que se impone la modificación del numeral 5º de la parte resolutive de la sentencia apelada, a efectos de ajustar la condena en costas solo respecto de la compañía de seguros demandada y vencida en juicio.

Esto porque la condena en costas consiste en el derecho al resarcimiento de la persona que ha tenido que incurrir en gastos de representación judicial para ejercer su derecho a la defensa respecto del trámite procesal en el que se haya involucrado. Al respecto el núm. 1 del art. 365 del C.G.P. señala:

“Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación,

casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.

Además, se condenará en costas a quien se le resuelva de manera desfavorable un incidente, la formulación de excepciones previas, una solicitud de nulidad o de amparo de pobreza, sin perjuicio de lo dispuesto en relación con la temeridad o mala fe.”

De otro lado, la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, también se duele de las costas fijadas, pero como se reitera, el valor de las agencias en derecho señaladas a favor de la parte demandante, están en consonancia y obedecen a la discrecionalidad que acompaña esta decisión en virtud de la potestad otorgada por el legislador en este particular aspecto procesal, siendo en este caso las fijadas por el juez de primera instancia proporcionales y ajustadas a su causación. Luego por este aspecto la alzada propuesta por la otra demandada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, no tiene eco de prosperidad, y así se confirmará.

Por lo anteriormente expuesto, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Sabanalarga - Atlántico, Administrando Justicia en Nombre de la República de Colombia y por Autoridad de la Ley.

RESUELVE:

PRIMERO: CONFÍRMAR, la sentencia de fecha 22 de Junio de 2023, en sus numerales 1,2,3,4,6, proferida por el Juzgado Tercero Promiscuo Municipal de Sabanalarga, Atlántico, dentro del Proceso DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, adelantado por la señora EDITA ISABEL SULBARAN CUENTAS, contra las sociedades: BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA –

BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: MODIFICAR el numeral 5 de la sentencia apelada, el cual quedará así: “De conformidad a lo normado en el artículo 365 del C.G.P. condénese en costas a la entidad demandada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A. Por el Despacho de primer grado tásense las agencias en derecho, e inclúyanse en la liquidación concentrada de costas que habrá de realizar la Secretaría del Juzgado de primera instancia”

TERCERO: Condénese a la demandada, BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., al pago de las costas de la segunda instancia. Tásense las agencias en derecho de esta instancia en cuantía equivalente a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente; e inclúyanse en la liquidación conjunta de costas.

CUARTO: Por secretaria háganse las comunicaciones del caso de conformidad con el Artículo 9 y 11 de la Ley 213 de 2022, en concordancia con el Artículo 111 del C.G.P., y déjense las constancias en la plataforma TYBA con la inserción de la providencia respectiva, notifíquese la presente decisión por el estado electrónico de la Rama Judicial.

QUINTO: Devuélvase la actuación al Juzgado de origen, para lo de su competencia.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE



ANA ESTHER SULBARAN MARTINEZ

JUEZ

Firmado Por:
Ana Esther Sulbaran Martinez
Juez
Juzgado De Circuito
Promiscuo 001
Sabanalarga - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **3837684ddd8d9a871dcb3c9d0474f6944d03e40f2fa519e2bd1625a353ec00f4**

Documento generado en 08/03/2024 04:10:25 PM

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