

Magistrada Sustanciadora:  
**GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO**

Código. 08-001-31-53-015-2018-00180-01  
Rad. Interno. **42911**

Barranquilla, doce (12) de abril de dos mil veintiuno (2021).

Discutido y aprobado según acta de Sala n°. 030.

Resuelve la Sala el recurso de apelación formulada por la parte demandada, contra la sentencia calendada 12 de marzo de 2020, proferida por el Juez 15° Civil del Circuito de Barranquilla dentro del proceso verbal radicado promovido por Francisco Javier Payares Lerisith contra el Banco BBVA Colombia SA y BBVA Seguros de Vida SA.

## **I. ANTECEDENTES**

**1.1.** El señor Francisco Javier Payares Lerisith formuló a través de apoderado judicial, demanda contra BBVA Seguros Colombia SA y el Banco Bilbao Vizcaya Argentina – BBVA Colombia SA; a fin de que, previos los trámites del proceso verbal, se condenara a la referida aseguradora a pagar a la entidad financiera el saldo insoluto por el crédito de libre inversión n°. 960016327 y el crédito hipotecario n°. 9600160748.

**1.2.** Como fundamento de tales peticiones, expuso:

- (i) que en mayo de 2012 tomó los referidos créditos con el Banco BBVA Colombia con pago periódico mensual;
- (ii) que para tales efectos, la entidad bancaria le exigió que tomara una póliza de vida que ampara los riesgos de muerte, incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización e incapacidad temporal, así como desempleo;

- (iii) que al tomar la póliza, autorizó al BBVA Seguros de Vida Colombia SA, para que consultara su historia clínica y verificara la veracidad de la información;
- (iv) que entre los años 1996 y 2017 solo disfrutó de 90 días esporádicos de incapacidad;
- (v) que el Banco BBVA reestructuró unilateralmente las obligaciones el 02 de noviembre de 2016;
- (vi) dijo que fue diagnosticado con trastorno depresivo recurrente, síndrome del manguito rotador, pérdida de agudeza visual, entre otras patologías;
- (vii) que raíz de ello, Colpensiones calificó su invalidez, determinándole pérdida de capacidad laboral del 60,29% estructurada el 31 de agosto de 2017;
- (viii) que en septiembre de ese mismo año, presentó reclamación ante la aseguradora demandada y esta la objetó el 31 de octubre de ese mismo año, aduciendo reticencia.

**1.3.** Admitida la demanda y notificado el auto de inicio a BBVA Seguros Colombia SA, ésta recorrió el traslado mediante apoderada judicial, oponiéndose a los hechos y pretensiones; así como formulado las excepciones de falta de legitimación en la causa por pasiva e inexistencia de la obligación, aduciendo que no fue la entidad aseguradora que expidió la póliza.

Mediante auto calendarado 11 de junio de 2019, el a-quo vinculó al proceso a BBVA Seguros de Vida Colombia SA.

En fecha 14 de junio de 2019, Banco BBVA Colombia contestó la demanda, oponiéndose a los hechos y pretensiones; así como formulado las excepciones de falta de legitimación en la causa por pasiva, de incumplimiento del demandante de declarar sinceramente el riesgo y la genérica de lo que se encuentre probado.

La sociedad BBVA Seguros de Vida Colombia SA, también se opuso a los hechos y pretensiones; y propuso las excepciones de nulidad relativa del contrato por reticencia, de inexistencia de obligación de realizar inspección sobre el estado del riesgo, buena fe, falta de legitimación en la causa por activa, ineficacia del contrato de seguro, ausencia de elementos constitutivos de responsabilidad, y la genérica de lo que se halle probado en el proceso.

**1.4.** Surtida en su integridad la primera instancia, con decreto y práctica de pruebas, el juez a-quo profirió sentencia fechada 12 de marzo de 2020 en audiencia de instrucción y juzgamiento, por medio de la cual, declaró no probados los medios defensivos y condenó a BBVA Seguros de Vida Colombia SA, a pagar el saldo insoluto de las obligaciones que reclamó el demandante.

Para tomar esa decisión, señaló que aunque el actor no es el beneficiario de la póliza, si es una persona interesada con legitimación para exigir el pago, de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia; señaló que la imprecisión en la declaración del riesgo debe ser dolosa, lo que no se probó, además que, quedó demostrado que no hubo un asesor de la aseguradora al momento de la solicitud y suscripción por parte del señor Francisco Javier Payares Lerisith, de manera que, no existe prueba de que haya sido debidamente informado sobre la declaración del estado del riesgo y las consecuencias de la inexactitud.

**1.5.** El apoderado judicial de la aseguradora vencida presentó recurso de apelación, indicando (a) que de acuerdo con la sentencia SC 248 de 2005 de la H. Corte Suprema de Justicia no existe legitimación del actor para demandar en este caso; (b) que el artículo 1058 nada dice sobre la existencia de dolo o que éste deba ser probado por la aseguradora al acusar la reticencia, que sobre este punto la sentencia se basó en percepciones subjetivas del juez a-quo; (c) que la actividad aseguradora no es un servicio público sino una actividad financiera regulada por el derecho privado; (d) que la ausencia de un asesor de la compañía

de seguros al momento de la toma del seguro no le resta validez ni implica que no se haya dado al tomador la información necesaria; y (e) que están probadas las patologías.

**1.6.** Concedido el recurso de apelación y remitido el expediente a esta superioridad, el mismo fue admitido y se imprimió el trámite previsto en el artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020.

**1.6.1.** La parte apelante, encontrándose en oportunidad presentó memorial de sustentación en el que expresó (i) que el juez en apreciaciones subjetivas concluyó la negligencia de BBVA Seguros de Vida, en razón que no hubo un funcionario de la compañía al momento de la toma de la póliza, asumiendo por ese hecho que no le fue dada al demandante la información necesaria, sin tener en cuenta que el asesor bancario se encuentra plenamente capacitado para ello; (ii) que de acuerdo con la sentencia SC248-2005 de la Corte Suprema de Justicia, la legitimidad para reclamar el pago en cuestión, radica únicamente en el banco beneficiario y no en el demandante; (iii) que *“Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención a las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. La declaración del estado del riesgo debe tener dos características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.”*

Agregó que el artículo 1058 del Código de Comercio impone al tomador la obligación a la declaración sincera y completa de los aspectos relacionados con el estado del riesgo y que ese deber no se reduce por el hecho que la aseguradora prescinda del examen médico, de conformidad con el artículo 1158 ibídem.

**1.6.2.** Corrido el traslado a la parte no apelante, fue recibido memorial de alegatos por el apoderado judicial del demandante, quien en todo momento expresó que su mandante se encuentra legitimado, pues es interesado en que se realice el pago de las obligaciones que tiene con cargo a la póliza que él tomó; y

dijo que le asiste razón al a-quo, dado que la objeción a la reclamación carece de sustento constitucional, en la medida que no su actuación ha sido de buena fe y no viene demostrado el dolo en las inexactitudes a la hora de la declaración de asegurabilidad.

**1.6.3.** Por su parte el Banco BBVA Colombia indicó que fue absuelto de las pretensiones de la demanda, que carece de legitimación en la causa por pasiva al no ser la entidad que aseguró el riesgo; y que no tiene ningún planteamiento frente a los reparos de la apelación.

**1.7.** Con posterioridad y a pesar del traslado descrito, la suscrita sustanciadora acogió los lineamientos esbozados por la Corte Suprema de Justicia en relación con la aplicación de esta última normativa, citando a la audiencia de que tratan el 327 del CGP, auto mismo en el que reconoció la sucesión procesal señalada en párrafo anterior.

El recurrente insistió en que la sentencia se basó en apreciaciones subjetivas y su propio concepto, que no en las pruebas recabadas, que la reticencia se configura ante la inexactitud de la información que declara el tomador y que constituye un vicio en la voluntad del asegurador; que el demandante respondió negativamente a las preguntas del cuestionario que le fue presentado, por lo que, tenía un normal estado de salud, situación que no era cierta, y así, quebrantó la buena fe como principio imperante del contrato de seguro. La parte no recurrente reiteró sus alegatos escritos.

Escuchados los alegatos y ante la inestabilidad de la conectividad, se emitió sentido del fallo con breve exposición de los motivos de la decisión, todo e conformidad con el numeral quinto del artículo 373 del Código General del Proceso, quedando así finalizada la diligencia.

**1.8.** Procede entonces la emisión de la sentencia por medio de la cual, se resuelve la alzada, no sin antes dejar establecido que los presupuestos procesales se hallan cumplidos satisfactoriamente, por cuanto el Juzgado de instancia y este Tribunal son competentes para decidir el asunto, por su naturaleza, ubicación del inmueble referenciado, entre otros factores determinantes.

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, en tal razón se emite fallo de fondo, previas las siguientes

## II. CONSIDERACIONES

La legislación mercantil no establece una definición del contrato de seguro, sino que, el artículo 1036 del compendio comercial, lo describe como “...*un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.*”

A partir de tales características, la jurisprudencia ha dado a la tarea de definirlo como “*«un contrato ‘por virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ‘prima’, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al ‘asegurado’ los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de ‘daños’ o de ‘indemnización efectiva’, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro’ (...)*». (CSJ SC 19 dic. 2008, rad. 2000-00075-01).<sup>1</sup>

Es claro que el contrato de seguro tiene por finalidad que, el asegurado reciba la indemnización correspondiente ante la materialización del evento futuro

---

<sup>1</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia SC5327-2018 fechada 13 de diciembre de 2018. Radicación n°. 68001-31-03-004-2008-00193-01. MP: Luís Alonso Rico Puerta

e incierto denominado riesgo, en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, según el cual, “*Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.*”

El seguro cubre entonces, a partir de una obligación indemnizatoria a cargo de la sociedad aseguradora, la causación de un riesgo previsto y latente a futuro, que se llegue a realizar – en principio – sin la voluntad del asegurado, que afecten su interés asegurable.

Los riesgos asegurables se rigen por el principio de especialidad, esto es, que la entidad aseguradora solo cubrirá los expresamente determinados en la póliza en su tarea de delimitación, que no puede ser exagerada al punto de desnaturalizar el contrato de seguro a través de la cláusula de exclusión.

**2.1.** Al analizar los planteamientos del recurso de alzada, se tiene que el primer reparo ataca lo expuesto por el a-quo en cuanto a la legitimación en la causa por activa, y su decisión de declarar no probada la excepción por medio de la cual fue invocada la ausencia de la referida legitimación.

El recurrente germinó su crítica en la sentencia SC248-2005, señalando que el actor no tiene la calidad de beneficiario de la póliza de vida grupo deudores n°. 0110043, sino que tal condición, la ostenta el Banco BBVA y por ende, es esta sociedad la única legitimada para efectuar la reclamación y cobro de la indemnización a lugar.

Pues bien, resulta que la mencionada sentencia exhibe una diamantina claridad que en nada quita la legitimación del actor en el caso en comento, sino que, por el contrario, la reafirman, tal como se explica.

El análisis allí esgrimido por la H. Corte Suprema de Justicia, descartó la legitimación de la viuda e hijos del tomador fallecido, en la reclamación directa que realizaron para sí mismos, realizaron estos con cargo a la póliza de vida

grupo de deudores; y esto, tras considerar que la obligación de la aseguradora era pagar el saldo insoluto de la obligación al acreedor.

Incluso, el Alto Tribunal en esa misma providencia planteó la disanalogía respecto del precedentes citados por la entonces casacionista, resaltando que *“Por supuesto que el problema de ahora es distinto al supuesto del cónyuge y herederos del asegurado que entraron a ocupar el lugar del beneficiario del seguro de vida grupo deudores, como consecuencia del pago que hicieron del saldo insoluto de la obligación, dado que lo allí estructurado fue el fenómeno de la subrogación convencional (sentencia 100 de 25 de mayo de 2005, expediente 7198). Igualmente, al caso de la viuda, porque el pago del saldo de la deuda no lo solicitó para sí, sino que demandó a la aseguradora para que pagara lo que debía y a quien era titular del crédito, es decir, al beneficiario del seguro, pues como se explicó, “Lógicamente que la viuda ni nadie distinto al beneficiario del seguro podría demandar la prestación del seguro para sí. Bien es verdad que el contrato no puede convertir a un tercero en acreedor; ni tampoco, agrégase, en deudor. Cosa que no está haciendo aquí: no se remite a duda que eso concierne exclusivamente al beneficiario” (sentencia de 28 de julio de 2005, expediente 004449).”*<sup>2</sup>

Se tiene entonces que ya en esa misma providencia, Corte Suprema de Justicia viene reconociendo la legitimación del deudor para reclamar el referido pago. Esa postura viene recalcada en la sentencia SC9618-2015, reconociendo el interés del tomador-deudor para reclamar el pago a quien corresponde, pese a la inactividad de la entidad financiera, tras dejar claro, que ambos tienen interés asegurable.

Así mismo fue expresado en sentencia STC1338-2016, cuando al reiterar su jurisprudencia de antaño, la H. Corte precisó *“...que el «asegurado deudor» en tratándose de «seguros de vida grupo deudores» está facultado para pedirle a la entidad garante el cumplimiento del contrato, esto es, que pague lo que debe y a quien corresponde.”*<sup>3</sup>

<sup>2</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia fechada 29 de septiembre de 2005. Expediente n°. C-1100131030162000-22940-01. MP: Jaime Alberto Arrubla Paucar.

<sup>3</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia STC1338-2016 adiada 09 de febrero de 2016. Radiación n°. 68001-22-13-000-2015-00746-01. MP: Margarita Cabello Blanco.

**2.1.1.** Y es que, basta una simple lectura del líbello introductor, para desgajar que en esos términos ha sido elevada la reclamación y que de esa misma forma se hallan planteadas las pretensiones del actor.

Ello pues, la segunda pretensión textualmente señala: “*SEGUNDA: Declarar y Ordenar el pago a cargo de BBVA Seguros Colombia SA y a favor del Banco BBVA SA el saldo insoluto adeudado por el demandante por las obligaciones...*”

Así las cosas, refulge palmario que, pretendiendo el actor que la entidad aseguradora con ocasión de la póliza aquí en cuestión pague el saldo insoluto de sus obligaciones a favor del Banco BBVA Colombia SA, se encuentra claramente interesado y legitimado; de manera que, no está llamado a prosperar el primer reparo de alzada.

**2.2.** Los demás reparos serán estudiados de forma conjunta, toda vez que confluyen todos en atacar la decisión de primera instancia respecto de la no declaración de la excepción de nulidad relativa del contrato por reticencia.

En estos embates, planteó la parte apelante que el aseguramiento de riesgos no es un servicio público domiciliario, sino una actividad financiera regida por el derecho privado, y que en estos términos el artículo 1050 del Código de Comercio prevé que la inexactitud en la declaración del riesgo da lugar a la nulidad relativa del contrato, sin que resulte de cargo de la compañía aseguradora probar el dolo del tomador. Insistió en que la ausencia de un funcionario de BBVA Seguros de Vida SA al momento de la toma, no afecta la validez ni hace presumible que no se haya dado al actor la información necesaria sobre las consecuencias de la reticencia.

**2.2.1.** En el mercado financiero se presenta una diversidad garantías tendientes a efectivizar el pago de las obligaciones, ya sea estableciendo mecanismos para perseguir determinados bienes de manera preferente, o en la

búsqueda de respaldo en terceras personas ajenas inicialmente a la relación prestacional.

El crecimiento económico entonces ha conllevado que se acuda a otro tipo de garantías, como son los seguros de diversa índole, colectivos o individuales, en cuya estirpe *“...se halla el conocido como de «grupo de deudores» cuya finalidad específica consiste en que la aseguradora asume el pago de la suma requerida para aplicar en lo pertinente al saldo insoluto de la obligación que da lugar a su contratación, al sobrevenir el fallecimiento o incapacidad total y permanente del deudor asegurado.”*<sup>4</sup>

**2.2.2.** De conformidad con el artículo 1058 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.”*

Esa misma norma prevé que las sanciones allí previstas no resultan aplicables cuando el asegurador ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los cuales versan los vicios de declaración.

Ahora bien, *“Esa inadvertencia, para afectar la validez de la convención, debe ser trascendente, toda vez 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.”*<sup>5</sup>

En la citada providencia, el Tribunal Casacionista analizó la figura de la reticencia y la anulabilidad del contrato de seguro, precisando que:

---

<sup>4</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia SC6709-2015 fechada 28 de mayo de 2015. Radicación n°. 11001-31-03-031-2000-00253-01. MP: Jesús Val de Rutén Ruíz.

<sup>5</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia SC5327-2018 fechada 13 de diciembre de 2018. Radicación n°. 68001-31-03-004-2008-00193-01. MP: Luís Alonso Rico Puerta.

*El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa.*

*Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado «... a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (...)», como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que si él conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella.*

*(...)*

*... si el tomador no oculta información o, lo que es lo mismo, si declara sincera y completamente el estado del riesgo fundado en la información objetiva que tiene sobre el mismo, no habría incumplimiento de sus deberes en la etapa precontractual, y ello descartaría la presencia de la mencionada causal de invalidez.*

*(...)*

*Aunque es clara la intención del legislador en cuanto evitar que las aseguradoras resulten sorprendidas y engañadas por el virtual tomador de un seguro que no ha reportado con total sinceridad el estado del riesgo, no es menos cierto que la etapa de formación del contrato y, en especial, del consentimiento, se debe auscultar en el marco de un equilibrio de información a cargo de los intervinientes en el acuerdo.*

*En tal virtud, paralelo al deber del potencial tomador, ya indicado, en el otro vértice contractual recae también una carga de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esa obligación, pudiendo efectivamente hacerlo (art. 1058, inciso final, del C. de Co.), como lo sostuvo esta Sala en fallo CSJ SC 02 ago. 2001, Exp. 6146.<sup>76</sup>*

<sup>76</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. *Ibíd.*

Tal como se ha dicho con antecedencia, el contrato de seguro se denomina como de ubérrima buena fe, de suerte que, en ese mismo proveído, la H. Corte Suprema de Justicia señaló que la labor de determinación del estado del riesgo, es una tarea que si bien parte de la declaración del consumidor-tomador, la realidad es que vincula la actividad de la entidad aseguradora, para que en el marco de un deber concurrente y correlativo, realice las indagaciones pertinentes.

Así, concluyó la Sala de Casación Civil *“...que si bien la reticencia conduce, en línea de principio, a una nulidad relativa del contrato, por erosionar la buena fe que gravita en este particular negocio, tal figura debe examinarse cuidadosamente a la luz de la actividad de cada parte, esto es, de la conducta asumida por los extremos de la relación a lo largo de la formación del contrato, pues no siempre que el tomador omita datos determinantes del estado del riesgo se llega a esa sanción, en tanto, puede ocurrir que paralelamente a ese actuar, el asegurador haya omitido o prescindido de formular preguntas al tomador, que hubiesen permitido conocer -por su calificado oficio- los hechos que le servían de soporte para contratar el seguro.”*<sup>7</sup>

**2.2.3.** En la etapa de constitucionalización del derecho privado, ha venido desarrollando su jurisprudencia la Corte Constitucional en un sentido muy similar, reconociendo en ese marco que el contrato de seguro es de aquellos en los que el consumidor-tomador se adhiere a las cláusulas impuestas por el sujeto fuerte de la relación contractual; así como el principio de buena fe como un postulado presente de antaño en nuestra legislación, que disciplina y se constituye como eje fundamental en el contrato de seguros, que impone al tomador el deber de una declaración de asegurabilidad sincera y completa.<sup>8</sup>

Reconoce la Gardiana Constitucional la importancia del deber de declaración del riesgo asegurable, señalando que *“...es apenas lógico si se tiene en cuenta que conforme a los postulados de lealtad y buena fe no es razonable la existencia de una relación contractual en la cual no exista claridad y certeza sobre los amparos cobijados por el seguro.*

<sup>7</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Ibíd.

<sup>8</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-670 de 2016. MP: Jorge Iván Palacio Palacio

*Igualmente, la Corte Suprema de Justicia ha determinado en materia de preexistencias, que una vez el beneficiario ha declarado sinceramente los síntomas y padecimientos que lo aquejan, la entidad aseguradora debe dentro del límite de sus posibilidades realizar las averiguaciones tendientes a determinar el estado actual del riesgo o, en su defecto, rehusar celebrar el contrato...<sup>9</sup>*

Esa postura viene recalcada por la intérprete de la Carta en diversos pronunciamientos, que vale decir propenden por la aplicación del principio pro consumatore y de buena fe; empero, no debe perderse de vista que aquel principio dispone el deber de interpretar los contratos y aplicar la normativa en favor del consumidor, procurando el equilibrio contractual, dada la naturaleza adhesiva de los contratos de consumo; y ello no necesariamente debe implicar perjuicio de las entidades aseguradoras en este caso, sino – *se itera* – el equilibrio contractual.

**2.2.4.** Por su parte, el principio de la buena fe ha pasado de ser – *desde hace mucho tiempo* – un concepto netamente subjetivo que implica la apariencia y creencia de legitimidad o buen actuar; a un patrón de comportamiento objetivo que se expresa en las reglas de la honestidad, probidad, transparencia y responsabilidad, e incluso, de la diligencia.

Precisamente uno de los deberes que emana de la buena fe, es el deber de información, que es correlativo, en la medida que, ambas partes deben suministrar la información necesaria de acuerdo con su posición en la relación contractual, de forma clara, precisa y transparente; del mismo modo que tienen el deber de informarse en aras de prevenir la distorsión informativa al zanjar la relación contractual.

Nótese que, de acuerdo con la citada jurisprudencia de la Corte Constitucional, se impone de relieve al contratante de posición dominante – *en*

---

<sup>9</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. *Ibid.*

*este caso la aseguradora* – la carga de procurar información que le permita apreciar en debida forma el riesgo asegurable o en dado caso, abstenerse de contratar; empero, parte la Guardiania de la Carta, así como el Tribunal Casacionista, de una declaración precedente de asegurabilidad clara y cierta.

**2.2.5.** Al estudiar el acervo probatorio para verificar la forma en que se surtió la dinámica de la información en este preciso caso, encuentra la Sala que en diciembre de 2016 se materializó la reestructuración de los créditos hipotecario y de libre inversión, cuyo saldo insoluto pretende el actor, sea cubierto por BBVA Seguros de Vida Colombia SA.

Al mismo tiempo, fue realizada la declaración de asegurabilidad por parte del señor Francisco Javier Payares Lerisith, mediante cuestionario que le fue presentado por la asesora del Banco BBVA Colombia, formulario que obra a folios 27 y 28 del cuaderno principal como anexo de la demanda.

En ese cuestionario, el demandante respondió negativamente a todas las preguntas, que incluían interrogantes sobre la realización de cirugías, incapacidades físicas o mentales, enfermedades profesionales, trastornos mentales o psiquiátricos, reumatismo, artritis, gota, enfermedades de los huesos, musculares o de columna; entre otros problemas de salud.

A la demanda también fue anexado el concepto de pérdida de capacidad laboral emitido por Colpensiones y con fundamento en el cual, pretende el actor que la aseguradora demandada reconozca el saldo insoluto de sus obligaciones bancarias.

En ese concepto, que obra de folios 36 a 46 del cuaderno de primera instancia, la entidad evaluadora partió del análisis de documentos presentados por el entonces solicitante y aquí demandante, que incluyen por ejemplo una valoración psiquiátrica realizada el 09 de abril de 2016, en la que, la atención del

señor Francisco Javier Payares por el diagnóstico de depresión moderada, tras haber acudido a consulta *“por hipobulia, anhedonia, ideas de minusvalía, humor depresivo, insomnio de conciliación”*; diagnóstico y síntomas para los que, se determinó un plan de medicación y control.

Y es que, esos padecimientos de salud, ya venían presentándose, pues también fue estudiado en ese concepto de pérdida de capacidad laboral, la valoración que en igual sentido le fue realizada al demandante el 24 de octubre de 2015, en la que se planteó: *“paciente con Dx de depresión moderada quien consulta por presentar anhedonia, idea de minusvalía, irritabilidad, insomnio, humor depresivo problema para la concentración en actividades. Plan medicación y control médico”*

Igualmente fue tenida en cuenta la valoración realizada el 14 de octubre de 2010, en la que se apreció diagnóstico de *“ciática, lumbargo, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, quien presenta dolor lumbar crónico que exacerba al punto de ser incapacitante irradiado a pierna izquierda con sensación de parestesia, dolor a la palpación en segmento lumbar, limitación de los arcos de movilidad, leve retracción de músculos isquiotibiales lasegue dudoso izquierdo, hipoestesia en MII. Plan medicación, valoración por neurocx y control médico”*

Colpensiones también estudió otras valoraciones médicas realizadas con anterioridad y posterioridad a la declaración de asegurabilidad, todas relacionadas con las mismas patologías; así como también realizó exámenes en el mes de septiembre de 2017 y concluyó un 82,8% de deficiencias.

De ese nivel de déficit en salud, el 40% corresponde a *“trastornos psicóticos y del humor”*, el 14,8% a *“graduación de la severidad de la neuropatía por atrapamiento”*, el 10% a *“deficiencias de la columna lumbar”*, el 10% a *“deficiencias de la columna cervical”*, entre otras.

Presentada la reclamación a la aseguradora, esta la objetó, aportando resultados de indagaciones en los registros médicos y clínicos del señor

Francisco Javier Payares, que dan cuenta de una cirugía de menisco realizada en el año 1996 y otros estudios que revelan aquejamientos de la columna vertebral y cervical, que se extienden hasta la pierna izquierda.

**2.2.6.** Es cierto que, en el interrogatorio, el demandante dijo haber actuado de buena fe, pues nunca creyó que las patologías encontradas con anterioridad a la declaración de asegurabilidad fueran a provocarle una incapacidad permanente que le impidiera obtener ingresos y así cubrir las prestaciones financieras a su cargo.

Y es esa creencia de buen actuar y legitimidad – *la que alega también el vocero judicial del actor para refutar los planteamientos de la sociedad aseguradora* – se enmarca en una superada noción meramente subjetiva de la buena fe; y la realidad es que ese principio hoy día, no se limita a esa creencia, sino que, como se dijo con anterioridad, impone un patrón objetivo de comportamiento del cual emanan ciertos deberes, como es el de información.

No encuentra plausible la Sala, que si el señor Francisco Payares Lerisith venía padeciendo trastornos de depresión con ideas de minusvalía desde el año 2015, con un tratamiento y medicación, patología que según se observa en el dictamen de pérdida de capacidad laboral, llevaba aproximadamente dos años de avance y tratamiento con medicación y control permanente; lo tomara como un pormenor intrascendente que no ameritara descubrimiento en la declaración de asegurabilidad.

Lo mismo – *aunque en menor grado* – ocurre con las patologías de columna que padece el actor, que bien dijo no haber padecido, pero constituyen el 20% de las deficiencias encontradas en la evaluación de pérdida de capacidad laboral realizada a los nueve meses de la declaración del riesgo que realizó ante el Banco BBVA Colombia SA.

**2.2.7.** Ahora, en cuanto al argumento del a-quo con relación a la inferencia de una indebida información de las consecuencias de la inexactitud de la información, ante la ausencia de un asesor directo de la compañía de seguros en el momento en que fue realizada la declaración del riesgo; planteamiento este que viene cuestionado por la parte apelante, debe exponerse lo siguiente.

La actividad de las entidades aseguradoras puede realizarse de forma directa por medio de sus asesores o bien a través de intermediarios, ya sean entidades con las que realicen convenios, corredores, etc.

Ello significa que, los asesores bancarios, tal como fue expuesto por los representantes legales del Banco BBVA Colombia SA y BBVA Seguros de Vida Colombia SA, se encuentran capacitados para ofrecer la información necesaria en la toma de los seguros que operan como garantía de los créditos otorgados; debiendo señalar a demás, que es a través de esas personas que se materializa la toma de la póliza, de manera, que no es de avenimiento para la Sala el planteamiento del a-quo, que infiere negligencia del ente asegurador en a la hora de la suscripción del contrato de aseguramiento.

Ahora, si bien el señor Francisco Payares Lerisith indicó en su interrogatorio que el firmó en blanco los documentos de la reestructuración del crédito en el año 2016, nada dijo concretamente sobre el documento contentivo de la declaración de asegurabilidad, además, que lo aportó en la demanda y no lo tachó de falso, motivo por el que, no encuentra la Sala razón para restarle validez.

Y es que, en ese documento, suscrito por el demandante, éste claramente expresó que las respuestas son exactas, así como que conoce y que acepta las consecuencias y sanciones ante la omisión o inexactitud de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio.

**2.2.8.** Emerge claro por otro lado y de conformidad con los precedentes citados en este proveído, que el deber de información emanado del principio de la buena, propone una dinámica entre los extremos del contrato de seguro, de manera que, corresponde al tomador declarar de forma exacta y sincera el riesgo asegurable y con base en esa información, el ente asegurador debe emprender las diligencias necesarias para conformar toda la información que requiera a la hora de decidir si asegura el riesgo o las condiciones en que ha de hacerlo.

Es bien conocido que los exámenes médicos en la fase precontractual son obligatorios únicamente para la toma de pólizas de salud o de vida distintas a las de grupos de deudores, pues de existir esta carga en esta clase de seguros, se verían enfrentadas las entidades aseguradoras a gastos exagerados que implicarían un traslado de los mismos a los usuarios consumidores y por ende, se haría muy gravosa la toma de los mismos.

Y es que, a tono con ello y de acuerdo con las citas jurisprudenciales realizadas con antecedencia, la labor de búsqueda de la aseguradora – *para esta clase de pólizas* – pende de la declaración de asegurabilidad que haga el tomador, criterio que han sentado las altas Cortes teniendo en cuenta que, con base en ello es que como agentes fuertes de la relación contractual, señalan las cláusulas que luego adhiere el tomador-consumidor.

Ahora, en este preciso caso, se observa que el tomador omitió información evidente y contundentemente relevante, teniendo en cuenta que se refiere a patologías que conforman mas del 50% del 82,8% de deficiencias totales halladas en la evaluación de invalidez realizada en septiembre de 2017, y en la que fue tomada en cuenta una patología a nivel psiquiátrico que venía con mas de un año de tratamiento con anterioridad a la declaración de asegurabilidad.

Se trata entonces de una omisión de información que claramente rompe con el deber de información emanado del principio de buena fe, entendido como

un patrón objetivo de conducta, que no se limita a la mera creencia de no estar infiriendo daño a otro.

Ello porque “...en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumenta en grado superlativo, pues como ha dicho la Corte, en materia de este negocio jurídico, la protección de las partes que concurren requiere el máximo de transparencia posible, “de modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera, un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal [o antecedentes penales, se agrega] viene a estar asociada a la intimidad del asegurado.”<sup>10</sup>

**2.3.** Puestas así las cosas, palmariamente se encuentra configurada la reticencia que da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro.

### III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

#### RESUELVE:

**PRIMERO.** Revocar la sentencia calendada 12 de marzo de 2020, proferida por el Juez 15º Civil del Circuito de Barranquilla dentro del proceso verbal promovido por Francisco Javier Payares Lerisith contra el Banco BBVA Colombia SA y BBVA Seguros de Vida SA.

---

<sup>10</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia adiada 19 de diciembre de 2005. Expediente n°. 566501

**SEGUNDO.** Declarar probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, formulada por la sociedad BBVA Seguros de Vida Colombia SA.

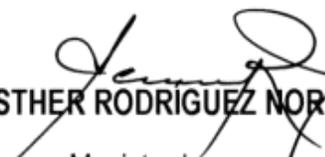
**TERCERO.** En consecuencia, negar las pretensiones de la demanda.

**CUARTO.** Condenar en costas de primera y de segunda instancia a la parte vencida, esto es, a la parte demandante. Tásense como agencias en derecho de esta instancia, la suma de un salario mínimo legal mensual vigente, que será tenida en cuenta por la Secretaría del a-quo al momento de la liquidación.

**QUINTO.** Ejecutoriado este proveído, devuélvase el expediente al juzgado de origen por los canales habilitados.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

  
**GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO**  
Magistrada Sustanciadora

  
**SONIA ESTHER RODRÍGUEZ NORIEGA**  
Magistrada

  
**VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ**  
Magistrada

**Guiomar Elena Porras Del Vecchio**  
Magistrado(a)  
Tribunal Superior Sala Civil-Familia

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: **a3b7c180943300eccfa7d2bc84317f95f8c42e33d28cf81b3573b498a55e4d29**

Documento firmado electrónicamente en 12-04-2021

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/Justicia21/Administracion/FirmaElectronica/frmValidarFirmaElectronica.aspx>**