

**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR  
SALA CIVIL-FAMILIA-LABORAL**

**MAGISTRADO PONENTE: JESÚS ARMANDO ZAMORA SUÁREZ**

Valledupar, veintiocho (28) de junio de dos mil veintitrés (2023)

<b>PROCESO:</b>	VERBAL RESP. CIVIL CONTRACTUAL
<b>RADICACIÓN:</b>	20001-31-03-004-2019-00061-01
<b>DEMANDANTE:</b>	NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD
<b>DEMANDADO:</b>	BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
<b>DECISIÓN:</b>	CONFIRMA LA SENTENCIA APELADA

**SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA**

Procede la Sala Civil - Familia - Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, a resolver recurso de apelación interpuesto por el apoderado judicial de la empresa demandada BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., contra la sentencia proferida el 28 de julio de 2021, por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar.

**I. ANTECEDENTES**

El demandante NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD, a través de apoderado judicial, interpuso demanda verbal encaminada a que se declare a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. como civilmente responsable del pago de la póliza grupo deudores VGDB No. 0110043 de fecha 25 de agosto del 2015, generada mediante la obligación crediticia n.º 130747009600214542 contraída con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., con ocasión del amparo de Incapacidad Total y Permanente, y en tal sentido se le condene al pago del saldo insoluto de la deuda al momento de ocurrir el siniestro (31/07/2017) por la suma de \$97.537.000, así como los intereses moratorios correspondientes desde la fecha en que se hizo exigible la obligación. Por último, se requiere que se efectúe la devolución de todas y cada una de las cuotas canceladas por el demandante a la

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

obligación crediticia posterior a su dictamen de invalidez y la consecuente condena en costas.

Dentro del relato fáctico de la demanda, expone el demandante que el día 25 de agosto del 2015 adquirió con el BANCO BBVA S.A., una obligación crediticia hipotecaria n.º 130747009600214542 por un valor de \$100.000.000, la que cuenta con un contrato de seguro de vida deudores, póliza n.º 0110043 de fecha 25 de agosto del 2015, requisito exigido por la entidad financiera para suscribir la obligación como garantía de pago en caso de siniestro, amparando muerte, invalidez o incapacidad total y permanente, siendo la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., el tomador BANCO BBVA COLOMBIA y el asegurado, el demandante.

Que mediante acta n.º 6426 de fecha 31 de julio del 2017, la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional calificó al actor con una pérdida de capacidad laboral de 52.54%, por lo que en virtud de su grado incapacidad y permanente, presentó reclamación al BANCO BBVA S.A. el día 08 de agosto del 2017, con el fin de afectar la póliza inicialmente detallada.

Así el día 07 de noviembre del 2017, BBVA COLOMBIA S.A. respondió que el 04 de octubre del 2017 BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. emitió oficio dirigido a la entidad bancaria objetando la reclamación por reticencia del asegurado dada las preexistencias médicas no declaradas, por diagnóstico de lumbago, radiculopatía, trastorno de estrés postraumático y paludismo.

Sobre lo anterior, alegó, que esas patologías solo fueron determinantes el día que fueron valoradas y calificadas por la junta médica laboral el 31 de julio del 2017, cuando se estructura el siniestro susceptible de ser indemnizado. Aunado a ello, estas valoraciones fueron realizadas por médico general como se relacionan en la historia clínica que referencia la aseguradora, son consultas externas de rutina que todo ser humano realiza en atención a alguna afectación de su salud, pero para la época no presentaban mayor complicación ni relevancia.

Frente a la aseveración de la aseguradora de haber faltado el demandante a la verdad al momento de diligenciar el cuestionario, dijo, que nunca declaró hecho importante relativo a su salud, porque no se le

preguntó por la asesora que intervino en los tramites, que los realizó casi de manera unilateral, exigiéndole colocar huella y firma, “*donde esté la X*”.

El BANCO BBVA COLOMBIA, a través de apoderado judicial, formuló las excepciones que denominó: i) falta de legitimación en la causa por pasiva; ii) recibo de pagos de manera legítima; iii) cumplimiento legal y contractual de BBVA COLOMBIA; iv) ausencia de los presupuestos axiológicos de la responsabilidad civil contractual demandada; v) buena fe de BBVA COLOMBIA y sus funcionarios; vi) genérica.

Por su parte, la demandada aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. se resistió a las pretensiones de la demanda a través de los medios exceptivos que denominó: i) inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza de seguro de vida grupo de deudores n.º 0110043 que ampara la obligación n.º 13747009600214542 por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador/asegurado en la declaración del estado del riesgo; ii) inexistencia de demostración de la ocurrencia del siniestro a la luz del artículo 1077 del C. de Co.; iii) imposibilidad de afectación del amparo cuyos pagos se reclaman por inexistencia de oportunidad para controvertir dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral practicados a la asegurada; iv) límite de responsabilidad de BBVA SEGUROS DE VIDA hasta el importe del valor asegurado en el amparo básico de vida, contenido en el contrato de seguro de vida contenido en la póliza que ampara la obligación; v) genérica o innominada.

#### **i. Decisión Apelada**

En la sentencia impugnada el *a quo* declaró probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por el BANCO BBVA COLOMBIA; desestimó las excepciones formuladas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., en consecuencia, declaró civil y contractualmente responsable por el incumplimiento en el pago de la póliza grupo deudores VGDB n.º 0110043 de fecha 25 de agosto de 2015, generada para amparar la obligación crediticia n.º 130747009600214542, por la cobertura de incapacidad total y permanente. En tal sentido, condenó a la aseguradora a pagarle al BANCO BBVA el saldo insoluto de la obligación crediticia,

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

liquidada a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro, esto es, del 31 de julio de 2017, los intereses moratorios y, la condena en costas.

Arribó el juez de primera instancia a esa determinación, alegando que la preexistencia no siempre es sinónimo de reticencia, ésta se relaciona con la mala fe del tomador/asegurado, al momento de declarar los hechos que conforman el estado del riesgo; sin embargo, las empresas aseguradoras están en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguros, pues de lo contrario no podrá alegarse la existencia de antecedentes médicos en un futuro, ni mala fe o dolo del tomador, porque fue la aseguradora quien asumió una actitud pasiva al momento de suscribir el contrato de seguros, sin percatarse del verdadero estado de salud del interesado.

Así mismo precisó el *a quo*, que puede aseverarse con la historia clínica del demandante la carencia de elementos de convicción que pudieran llevar a enrostrarle negligencia, pues denotan los apartes médicos afecciones simples y comunes en el transcurso del tiempo, diagnosticadas por medicina general tales como rinitis, continencia urinaria, dolores musculares entre otros, que no trascienden a un estado de incapacidad permanente ni disminuyen su estado de salud de donde pudiera inferirse, ocultamiento de complicaciones en su estado de salud al momento de adquirir el crédito con la entidad bancaria y de paso la suscripción de la póliza.

Así, se precisa en la sentencia apelada, que solo hasta el 31 de julio del 2017 el demandante fue valorado por la junta médica laboral de la Policía Nacional con una dimensión mayor al 50% de PCL, data posterior a la celebración del contrato, que se firmó en blanco por desidia de la aseguradora, patrocinado por el banco prestamista, circunstancia que ni por asomo la aseguradora desvirtuó; máxime cuando el documento de asegurabilidad aportado por BBVA SEGUROS DE VIDA en su escrito de contestación, no corresponde a la misma obligación asegurada al inferirse de su texto que se trata de un certificado de póliza No. 011, que nada tiene que ver con el objeto de controversia en este certamen.

De esta manera concluye el juez de instancia que todo apunta a que, no se le propuso cuestionario al asegurado, tal como lo indica la norma, ni

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

éste tuvo la oportunidad de leerlo, hábito no poco frecuente en la hábil práctica del ámbito financiero, aunado al dicho del demandante cuando en su interrogatorio manifestó que encontró con sorpresa el llenado de equis en el certificado de asegurabilidad de la póliza, pues en ningún momento recuerda haber marcado, ni mucho menos habersele puesto en conocimiento esa información negativa frente a las preguntas relacionadas en el formato, que allegó con la demanda, siendo el mismo que custodiaba la aseguradora.

Conforme lo anterior, determinó el *a quo* que no existió la mencionada reticencia, lo que conllevó a declarar prosperas las pretensiones del actor en contra de la aseguradora demandada.

## **ii. Recurso de Apelación**

Inconforme con la decisión adoptada, el vocero judicial de la demandada interpuso recurso de apelación alegando que existió indebida motivación de la sentencia y, examen acrítico de las pruebas que llevaron a errores en la decisión judicial, específicamente, en la valoración de las pruebas y aplicación del derecho sustancial.

## **iii. Sustentación y traslado del recurso**

En sujeción a lo normado en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, a la parte apelante le fueron permitidos cinco (5) días para sustentar su causa a través de auto publicado en legal forma; también la parte no apelante gozó de esa oportunidad.

### **El recurso de apelación.**

Estableció la parte apelante que los reparos concretos del recurso se centran en la indebida motivación de la sentencia y examen crítico de las pruebas practicadas.

De esta manera señaló primariamente que pretermitió la primera instancia valorar la historia clínica del demandante, que da fe de las múltiples patologías padecidas antes de suscribir la póliza objeto de la Litis, el 25 de agosto de 2015 (virus del herpes no especificada, trastornos del testículo y del epidimo, dorsalgia, lumbago, radiculopatía, trastorno de estrés postraumático). Que, adicionalmente, existió omisión al analizar la

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

declaración de asegurabilidad, que demuestra no haberse declarado el real estado de salud al momento de suscribir la póliza objeto de la Litis.

Por otro lado, adujo la falta de aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio, puesto que la consecuencia jurídica de la reticencia en la declaración del estado del riesgo produce la nulidad relativa del seguro. Que se omitió la aplicación del artículo 1158 del C. de Co., porque, aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar; determinó que el despacho impuso ilegalmente a la aseguradora la obligación de inspeccionar el riesgo, toda vez, que en ninguna aparte de la norma se establece que la buena fe es primordialmente para la aseguradora, puesto que el artículo 1058 del Código de Comercio consagra el deber precontractual en cabeza del tomador y asegurador de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo.

Alegó además el recurrente que no puede fallarse con fundamento en sentencia de tutela T-222 de 2014. Similarmente, dijo: la Corte consideró que el sistema sancionatorio basado en los artículos 1058 (nulidades relativas y reducción proporcional de la prestación asegurada) y 1059 (pérdida de las primas a título de pena) del Código de Comercio, es reflejo de una política legislativa equilibrada, basada en las realidades del medio en el que se desenvuelve la actividad aseguradora, pues, en esta materia específica, a diferencia de lo que acontece en otras áreas de la regulación del contrato de seguro, donde prima la defensa de tomadores y asegurados, se busca proteger el interés de la parte aseguradora, teniendo en cuenta que, en lo que se refiere al conocimiento precontractual del riesgo, el asegurador, por su natural ignorancia del mismo, es el contratante el que está en la posición débil.

Sobre la prueba documental denominada “Declaración de asegurabilidad de 25 de agosto de 2015, precisó que en ella se hizo preguntas al demandante sobre diversas enfermedades o problemas de salud y a todas dijo que no, pese a que se le inquirió sobre reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o COLUMNA, a pesar de padecer de lumbago el 30 de diciembre de 2013, reiterado el 07 de enero de 2015, de radiculopatía el 21 de julio de 2014 y el 07 de octubre de 2014. Que además se le preguntó por

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

enfermedades renales, cálculos, PRÓSTATA, testículos, respondiendo que no, a pesar de que desde el 17 de octubre de 2012 sufría de varices escrotales, trastornos del testículo y del epidimo. Que igualmente se le indagó dentro de dicha declaración sobre trastornos mentales y psiquiátricos, respondiendo negativamente a pesar de padecer de trastorno de estrés postraumático, el 24 de marzo de 2015.

Que, en declaración de parte de NOLBERTO BENAVIDES, rendida en audiencia inicial el día 04 de noviembre de 2020, manifestó que no leyó a consciencia todo el contenido de la solicitud de ingreso a la póliza vida grupo deudores n.º 0110043, no hizo preguntas al asesor de turno sobre el contenido de la solicitud póliza vida grupo deudores n.º 0110043, más si era consumidor habitual de los productos del banco. Se atuvo a lo consignado en la historia clínica sobre las patologías, que debe dársele valor de confesión. Sobre su diagnóstico por trastorno de estrés postraumático, y su incapacidad de 30 días, confirmó tal situación y manifestó no prestarle atención por trastorno de sueño. Por último, sobre las indagaciones sobre las lesiones en la columna que padece, confirmó que sufría de la columna para el 27 de julio de 2015.

Por último, estableció que en el acápite de antecedentes del dictamen n.º 6426 expedido por la Junta Médico Laboral, del 31 de julio de 2017: En el acápite de ANTECEDENTES se consignó, que el señor NOLBERTO BENAVIDES calificaba para el numeral 061 literal c y numeral 062 literal b del Decreto 094 de 1989, con lesiones o afecciones de la columna lumbar en grado máximo, y en el análisis de esa acta dice: “Si tiene TML PREVIO y si tiene JML PREVIAS”, lo que en otras palabras significaba que antes del 31 de julio de 2017 el demandante había sido calificado por el Tribunal Médico laboral y tenido otras juntas médico laborales previas, concretamente, calificado por la Junta Medica Laboral de la Policía Nacional, el 27 de julio de 2015 con una pérdida de capacidad laboral del 27% por padecer de lesiones en la columna, y se sugirió la reubicación laboral, y pese a ello, suscribió póliza de seguro el 25 de agosto de 2015, cuando ya conocía que sufría de la columna.

Arguyó, que los medios de pruebas evidenciaron el conocimiento que tenía el demandante de sus enfermedades desde los años 2012, 2013, y 2014 y, pese a ello, ingresó como asegurado a la póliza de seguro de vida grupo deudores

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

el día 25 de agosto de 2015, después de la primera junta médico laboral, antes de suscribir la declaración de asegurabilidad, faltando a la verdad cuando celebró el contrato de seguros, no siendo necesario demostrar la mala fe, porque la norma no lo exige, según los presupuestos del artículo 1058 del Código de Comercio.

**La contraparte descurre traslado de la sustentación del recurso.**

Dijo la parte demandante que el riesgo asegurado era la incapacidad total y permanente, no las enfermedades subyacentes de ella, siendo incorrecto afirmar que para el 23 de agosto del 2015 no se diera el riesgo; sí existían o no las enfermedades o algunos antecedentes médicos, ese no era el riesgo asegurado, como si la incapacidad total y permanente que se probaba a partir de la calificación de PCL exigido para estructurarse; por ello, el demandante no estaba en posibilidad de saber que las enfermedades relacionadas en su historia clínica podrían en un futuro estructurar el riesgo asegurable al no presentar para la época mayor complicación, ni relevancia en el estado de su salud, por no padecer enfermedad grave, ni encontrarse bajo tratamiento médico. Que lo consignado en el historial médico fueron consultas de rutina, aunque posteriormente se agravaron siendo remitido para valoración ante la Junta Médico Laboral.

Resaltó, que, si bien es cierto el asegurado tiene la carga de declarar veraz y certeramente el estado del riesgo, también lo es, que el artículo 1058 del C. de Co., ordena para establecerlo realizar un cuestionario a iniciativa de la aseguradora, formato que no diligenció el demandante y, de él solo se obtuvo su firma. Recalcó que durante el trámite del crédito la asesora del BANCO BBVA nunca preguntó al actor por su estado de salud y, el diligenciamiento de la póliza y demás formatos para la aprobación del crédito fueron llenados casi de manera unilateral por la entidad, recordando que se trató de un contrato de adhesión al no recibirse información veraz y oportuna sobre la póliza de seguros, diferente a la póliza aportada por BBVA SEGUROS DE VIDA, donde sí se elaboró el llenado de las casillas por letra que no corresponde a la del demandante, lo que prueba que fue diligenciada por un tercero.

Del mismo modo establece que la aseguradora representada por la asesora Yarsela Amaya, no brindó al asegurado NORBETO BENAVIDES, un



**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

adecuado asesoramiento en la etapa de preparación de los contratos, pues se reitera que no se informó cuáles era las letales consecuencias en caso de omitir información relativa al estado de salud del candidato a tomador.

Que existió falta de información clara, completa, comprensible, negligencia para indagar por el estado de salud del asegurado, por parte de la asesora comercial del banco a la hora de diligencias la póliza y declaración de asegurabilidad, da lugar a la ineficacia del acto jurídico o la exclusión de todo efecto jurídico del mismo.

## **II. CONSIDERACIONES DE LA SALA**

En vista de que en el presente proceso se reúnen los requisitos procesales y sustanciales para proferir decisión de mérito y que no existen irregularidades que invaliden lo actuado, se procederá a resolver de fondo la apelación recibida.

Dilucida la Sala que el problema jurídico en esta instancia se centra en determinar si fue acertada la decisión del *a quo* al declarar civilmente responsable a BBVA SEGUROS DE VIDA ante el incumplimiento en el pago de la póliza grupo deudores VGDB NO. 0110043 a favor del demandante NOLBERTO BENAVIDES, generada para amparar la obligación crediticia n.º 130747009600214542, con ocasión de encontrarse configurado el siniestro de incapacidad total y permanente y en consecuencia, condenar a dicha entidad a pagarle al BANCO BBVA el saldo insoluto de la obligación crediticia reseñada, o, si por el contrario debe declararse probada la reticencia del actor, alegada por la empresa aseguradora, lo que conllevaría a la inoperancia e ineficacia del contrato de seguro celebrado.

Discurren los reparos efectuados por la parte apelante, BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., en atacar la fundamentación jurídica y probatoria elaborada por el *a quo* al desestimar la reticencia e inexactitud en la que supuestamente incurrió el actor tal como fue sustentada dentro de la objeción a la reclamación directa de afectación de la póliza, por lo expuesto en la contestación de la demanda y las pruebas recaudadas dentro del proceso.

Establece esta Sala de entrada, que los reproches no tienen vocación de prosperidad, toda vez que el debate sobre la nulidad relativa de los

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

contratos por reticencia e inexactitud del estado del riesgo, no solo se ha propuesto a nivel legal, sino también jurisprudencialmente, a partir de los requisitos y elementos que lo estructuran que no se avistan en este caso.

Es preciso centrar el estudio de esta instancia no solo en la normativa legal de la materia, sino en los aportes de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia sobre la responsabilidad civil contractual en materia de contrato de seguros, concretamente en el tema de la reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad, no sin antes advertir que no encuentra razón esta Sala, ante las alegaciones del recurrente, en cuanto, no se configura obligación de ningún tipo en cabeza de la aseguradora, ni de probar la mala fe del asegurado, así como tampoco la carga de inspeccionar previamente el riesgo.

Pues bien, de conformidad al artículo 1036 del Código de Comercio, el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva; que sea consensual no le imprime un sello de impenetrabilidad al contrato, más bien, define el modo en que se perfecciona para nacer al mundo jurídico: con el acuerdo de voluntades, sin más formalidades, no obstante que pueda adolecer de irregularidades o vicios en su formación.

Los contratos de seguros constan de cuatro elementos esenciales, sin los cuales, no son aptos para producir efecto alguno:

- 1) El interés asegurable;
- 2) El riesgo asegurable;
- 3) La prima o precio del seguro, y
- 4) La obligación condicional del asegurador

Ahora, dentro del caso que se examina, nos encontramos con la póliza grupo deudores VGDB No. 0110043 de fecha 25 de agosto del 2015, generada por la obligación crediticia n.º 130747009600214542, figurando como empresa aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., tomador el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y asegurado el demandante NOLBERTO BENAVIDES. De allí es clave hacer énfasis que el trámite de suscripción de

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

ese contrato no se generó exclusivamente a partir de la voluntad única encaminada a obtener por el amparado una póliza de seguros, pues la misma involucraba la gestión de un crédito hipotecario con el BANCO BBVA S.A., determinándose como requisito la obtención del seguro genitor del litigio que hoy se resuelve.

Se parte de la reiteración del demandante que, durante el proceso de obtención de la obligación crediticia, no se le informó que estaba suscribiendo la póliza de seguros. De esta manera, itera que nunca le fue indagado sobre su estado de salud, ni se le determinó que estaba bajo las consecuencias jurídicas ante el silencio o la omisión en una declaración de asegurabilidad, se limitó a firmar y estampar su huella en los documentos que le fueron señalados y entregados por la asesora, razón por la que si bien reconoce su firma en la declaración de asegurabilidad (página 166 del archivo digitalizado 01), indica que no fue quien llenó las equis (X) que se relacionan dentro del cuestionario, ni tampoco le fueron elaboradas tales interrogaciones. En tal sentido afirma que solo conoció de la existencia de la póliza de seguros cuando requirió mediante petición hecha al BANCO, de copia de los documentos que había suscrito en virtud del trámite del crédito hipotecario, donde descubrió con sorpresa la existencia del contrato de seguro que le fue entregado en formato completamente en blanco y la declaración de asegurabilidad, que aportó junto con la demanda (página 26 del archivo 01).

En tal sentido, el demandante tanto dentro del libelo introductorio, como en sus declaraciones frente al interrogatorio hecho por el despacho y la contraparte, sostuvo en todo momento que no tuvo conocimiento del trámite de la póliza que se incluyó en el trámite para obtener su crédito, mucho menos sobre las indagaciones que se relacionan frente a la declaración de asegurabilidad, pues sólo se limitó a firmar los documentos con espacios, sin tener trato con algún empleado directo de la aseguradora.

Pues bien, frente a ello, esta Sala concuerda con él *a quo*, en cuanto es ésta una práctica de uso frecuente por las entidades financieras al momento de captar clientes, no siendo extraño dentro de sus usos comerciales, la rapidez y premura con la que someten a la firma de tales documentos, limitándose en muchas ocasiones señalar con una “x” el espacio donde corresponde estampar la firma y huella, para quien se interese

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

en la aprobación y obtención de un crédito, sin mayor ampliación sobre su contenido, salvo la precisión del monto del préstamo y los intereses a convenir. No obstante, no puede desconocerse que se cuenta con un documento signado por el demandante, y reconocido por el mismo, donde aparece diligenciado a su nombre de manera totalmente negativa el cuestionario encargado de indagar sobre su estado de salud, prueba que además no fue descartada de manera contundente en su contenido, pero que contrario a lo manifestado por el apelante, si bien el demandante ha sido pronto en reconocer su firma, no ha hecho lo mismo con las declaraciones allí vertidas, pese a que en todo momento además ha aceptado dentro del proceso, las patologías que ha padecido, las citas médicas a las que ha asistido, de lo que se hablará más adelante. Bajo estas apreciaciones deberá valorarse por esta Sala dicha prueba documental, pues no puede desconocerse la validez implícita en la firma de la declaración hecha por el demandante, pero tampoco pueden simplemente pasarse por alto sus observaciones respecto del proceso de llenado del formato de declaración de asegurabilidad.

Ahora bien, es punto cardinal dentro de los reparos del apelante, que dentro del proceso no existe carga probatoria para la aseguradora, ni frente a la demostración de la mala fe con ocasión al tema de la reticencia, ni mucho menos obligación de corroborar la declaración de asegurabilidad otorgada por el asegurado, pese a tener la facultad tanto de pedir exámenes médicos previos, como de estar autorizados para la obtención del historial médico del interesado. Por otro lado, debe tocarse además lo alegado por el recurrente al afirmar que es improcedente la aplicación de la tesis de que debe existir un nexo causal entre las causas del siniestro y los aspectos sobre los que se presentó la reticencia.

Pues bien, pese a que diseminó la *a quo* en su análisis no solo legal sino jurisprudencial, es menester para esta Colegiatura hacer énfasis en que la jurisprudencia que trata la reticencia, lejos de ser pacífica ha sido amplia, basta, nutrida y dinámica, inclusive a través de la vía ordinaria y no solo en sede de tutela. Limitarse a los apartes legales sería un desliz total, en especial cuando estamos frente a un contrato que, desde su naturaleza misma, hace especial énfasis en la entrega de las voluntades por ambas partes, situación que se presta especialmente vulnerable para que sean propuestos debates

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

que contrasten la regulación material frente al factor subjetivo que concommitan en el génesis de esta clase de acuerdos.

Es pertinente, examinar lo estudiado por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia SC3791-2021<sup>1</sup> en cuanto al imperio de la buena o mala fe en la reticencia dentro de los contratos de seguros, y la carga de la prueba respecto del nexo entre la preexistencia médica y el siniestro acaecido:

*“3.2.1. Fuera de discusión se encuentra que la reticencia o inexactitud de la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permiten establecer el estado del riesgo asegurado, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro. Así lo establece, en general, el artículo 1058, inciso 1 ° del Código de Comercio<sup>1</sup>. Y lo reafirma, para el específico seguro de vida, el canon 1158, ibídem. (...)*

*3.2.2. El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. (...) En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bonafidei. (...)*

*3.2.3. Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. (...) El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. **Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad.** (...)*

*3.2.7. Para finalizar, la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, al cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida 13. **2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo.** 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de*

<sup>1</sup> Magistrado ponente: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA. SC3791-2021. Radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01. Primero (1º) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
RADICACIÓN: 20001-31-03-004-2019-00061-01  
DEMANDANTE: NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador- beneficiario de la prestación aseguraticia. (...)

"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»

Establecido lo que precede (...), se toma imperativo registrar que en la legislación colombiana, per se, no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador ( .. ). De ahí que en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello ( ... ) abrirse paso la anulación ( .. ), dado que en punto tocante con vicisitudes advertidas -o aduertibles- por la entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo aseguraticio ( ... ) el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción ex lege asignada a las prenotadas reticencia o inexactitud: la nulidad relativa ( .. .)»

Y esa forma de comprender la reticencia, vino a ser reiterada en la T-027 de 2019 por la Corte Constitucional, enfatizando que la aseguradora debía acreditar: i) El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro, y ii) La mala fe al celebrar dicho negocio jurídico". (Negrilla y subrayado por fuera del texto original)

En ese mismo sentido, respecto de lo discutido sobre la buena fe dentro del contrato de seguros, se establece en la misma jurisprudencia lo siguiente:

*"En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bona fidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su intermediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.*

*Ello, sin embargo, no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «prescinda del examen médico» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el*

PROCESO: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
RADICACIÓN: 20001-31-03-004-2019-00061-01  
DEMANDANTE: NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

*fondo, ante la alternativa de corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia.*

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

**La uberrimae bona fidei, 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 tal modo que en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fé son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. (...). La obligación emanada del 1058 es bífrente, cobija a las dos partes.»*

Los apartes jurisprudenciales antes citados, dan al traste de manera contundente con lo reparado por el alzado en el sentido planteado. En primer lugar, no puede desprenderse ni mucho menos abstraerse el análisis fáctico y mucho menos probatorio de la reticencia de los contratos de seguro, de la carga que se le atribuye a la aseguradora que la alega, de demostrar la mala fe del tomador, como elemento constitutivo de dicha conducta. De allí, renace lo refrendado acerca de la discusión que se encierra a partir del desconocimiento sostenido por el demandante frente a no haber hecho ninguna de las declaraciones negativas que se relacionan en el cuestionario que indaga su estado del riesgo, desde allí ¿cómo podría predicarse la mala fe en dicha declaración de quién sostiene que no ha declarado nada? No obstante, como se precisó, se encuentra firmado dicho documento por él, por lo que deberá determinarse luego el nexo de causalidad frente a la inexactitud o reticencia alegada, y la condición médica que dio origen al siniestro.

Pues bien, debe primero apreciarse que, dentro de la historia clínica del demandante, aportada por el apelante al determinar las preexistencias médicas que fueron omitidas en la declaración de asegurabilidad, se relacionan una serie de consultas médicas externas, inconexas en su mayoría, de carácter ambulatorio, practicadas por “medicina general”, no observándose que el señor BENAVIDES haya sido tratado por especialista alguno.

Llama la atención de esta Sala que, si bien es cierto, dentro de dicho historial médico se relacionan algunas incapacidades, las mismas varían respecto de las patologías por las que fueron prescritas. Igualmente, se relacionan varias afecciones médicas en el transcurso del tiempo (inclusive anterior a la suscripción de la póliza) entre las cuales se incluyen lumbago, trastornos del testículo, radiculopatía, dermatitis y problemas odontológicos. Es igualmente llamativo para esta Colegiatura, que en su mayoría dichas incapacidades no superan los 30 días, y no guardan ninguna clase de continuidad. En ese mismo sentido, la única incapacidad que reviste algún tipo de complicación, por ser más extensa, fue la que se ocupó con ocasión al lumbago aproximadamente 60 días a inicios del año 2015, meses antes de la constitución del contrato de seguro que nos compete. De igual manera, es de dicha patología que se relacionan con más frecuencia las incapacidades otorgadas. Por otro lado, pese a esto último, no se observa que el demandante haya sido remitido a especialista alguno, ni haya seguido tratamiento diferente al dispuesto por medicina general, ni siquiera continuidad en el mismo.

Ahora bien, el demandante es calificado con pérdida de capacidad laboral del 52.54% mediante Acta de Junta Médica Laboral de la Policía Nacional n.º 6426 del 31 de julio del 2017 (visible a página 22 del archivo 01). Y, dentro del acápite de conclusiones se relacionaron las siguientes afecciones médicas: “1. *Hipoacusia NS Bilateral Moderada*; 2. *Rinitis Alérgica*; 3. *Tinnitus Unilateral*; 4. *Trastorno de Estrés Postraumático*”.

De lo antes explicado pueden concluirse varios aspectos: primero, se trata el lumbago, e inclusive la radiculopatía, y los demás problemas de columna que padece y padecía el actor, y de los cuales **podrían** configurarse una preexistencia médica relevante susceptible de declaración frente a la asegurabilidad de la póliza, pese a no contar con un tratamiento clínico en



**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

firme y mucho menos especializado. Segundo, dicha condición médica no tuvo incidencia alguna frente al dictamen de pérdida de capacidad laboral del actor, ni se relaciona siquiera dentro de las conclusiones de este, ni se le atribuyó de esta manera la causa que determinó el siniestro susceptible de afectación de la póliza.

Por otro lado, de las afecciones tenidas en cuenta dentro de la conclusión del dictamen de PCL, sobre la única que cabe algún debate respecto a la reticencia, es el Trastorno de Estrés Postraumático, del cual en la historia clínica solo se reviste una incapacidad médica por 30 días, y no se determinó ninguna clase de importancia médica previa a la suscripción de la póliza, más que la que puede resultar de una cita médica general de rutina como la que reposa en la historia clínica del demandante.

De esta manera, no observa esta Sala que se haya cumplido con la carga de la aseguradora de probar el nexo de causalidad entre la supuesta reticencia, frente a la condición médica que dio origen al siniestro, tal como lo ha predicado la jurisprudencia estudiada.

Llama la atención además, que a parte de las reservas procesales que se tienen respecto del contenido de la declaración de asegurabilidad, se observa que pese a que dicho cuestionario no fue ni siquiera tramitado por funcionario directo de la aseguradora, y frente a la profesión declarada de Policía que allí se consigna, de la misma lógica puede determinarse cierta susceptibilidad a afecciones clínicas devenidas de las mismas funciones de alto riesgo que incluye tal labor, así la aseguradora por su parte, no hizo uso de la facultad de indagar respecto del estado de salud del demandante previo a la suscripción de la póliza, teniendo en cuenta los términos que la misma jurisprudencia se encarga de abordar a partir de la buena fe para la consumación de este tipo de contratos.

No se observa tampoco que pese a que en la historia clínica del demandante se relacionen múltiples citas médicas, de las mismas pueda establecerse algún problema de salud grave que revista relevancia médica tal para ser declarada en el año 2015, más que las afecciones propias que cualquier ser humano puede padecer de manera esporádica con ocasión de sus actividades diarias en especial cuando se trata de una labor activa físicamente como lo es ser miembro de la Policía Nacional, no pudiendo

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

establecerse inclusive del lumbago algún tipo de preponderancia susceptible de reticencia cuando ni se trató de manera especializada, ni tampoco incidió finalmente en la ocurrencia del siniestro (incapacidad total y permanente), objeto de la afectación de la póliza que hoy se discute.

Colofón de lo explicado, a la luz de los apartes jurisprudenciales desplegados, no logran derribar los reparos efectuados a los argumentos tenidos en cuenta en primera instancia, ni tampoco la valoración probatoria efectuada, concluyéndose que no fue probada la mala fe del tomador en el caso *sub examine*, así como tampoco la relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, por lo que no cabría probarse la excepción incoada por el apelante, de ineficacia y/o nulidad del contrato de seguros por reticencia en la declaración del asegurado.

Por lo visto, carecen los argumentos del apelante de mérito y contundencia suficiente para derribar la decisión de primera instancia, frente a lo que se colige de los elementos suasorios recaudados y siendo basta la razón que aquí se estudia. En definitiva, el problema jurídico se absuelve sin modificaciones a la decisión que se cuestiona.

Como no prospera el recurso interpuesto, la parte recurrente será condenada en costas y se fijarán agencias en derecho en la suma de equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que incluirá el Juzgado de primera instancia en la liquidación de costas de conformidad al artículo 366 del C. G. del P.

En mérito de lo expuesto, la Sala Civil - Familia - Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

#### **RESUELVE:**

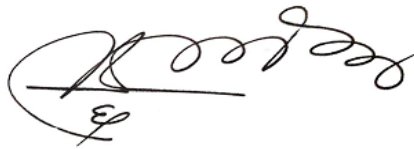
**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar el día veintiocho (28) de julio del dos veintiuno (2021), dentro del proceso declarativo verbal de responsabilidad civil extracontractual promovido por NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD contra BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTRO.

**PROCESO:** VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2019-00061-01  
**DEMANDANTE:** NOLBERTO BENAVIDES GUEPUD  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA Y BANCO BBVA COLOMBIA

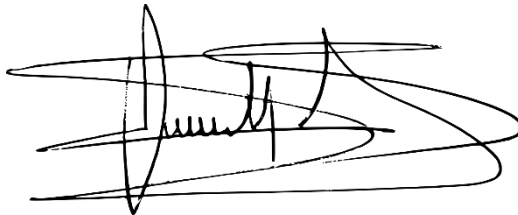
**SEGUNDO:** CONDENAR en costas de esta instancia a la parte demandada vencida, BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. Como agencias en derecho se fija la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que serán liquidadas de manera concentrada por el Juzgado de primera instancia en atención a lo previsto en el artículo 366 del Código General del proceso.

**TERCERO:** Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para los fines pertinentes.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**



**JESÚS ARMANDO ZAMORA SUÁREZ**  
Magistrado Ponente



**ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ**  
Magistrado



**HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA**  
Magistrado