

**TEMA: NULIDAD POR RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO** - Los incisos primero, segundo y cuarto del artículo 1058 del Código de Comercio son inmodificables por convención de las partes. No se requiere relación de causalidad entre la información omitida por el tomador al declarar el estado del riesgo, y el acaecimiento del siniestro, pues aquello vicia el consentimiento del asegurador y por lo mismo da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro.

/

**HECHOS:** La sociedad Reino Familiar SAS promovió proceso de responsabilidad civil contractual frente a la compañía Seguros de Vida Alfa SA, pretendiendo que, se declare el incumplimiento contractual de Seguros de Vida Alfa S.A., por el no pago total de la deuda que tenía el señor (BP) con el Banco de Occidente, amparado en la póliza de seguro de vida GRD-404; que se declare que la cobertura por muerte del señor (BP) en el contrato de seguro de vida GRD-404 debe ser total, absoluta y sin condiciones en su cobertura; que la póliza de seguro de vida debió cubrir la totalidad de la deuda que a la fecha de muerte tenía con el Banco de Occidente; en consecuencia se condene a Seguros de Vida Alfa S.A. a pagar directamente al Banco; a reembolsar las cuotas del préstamo pagadas al Banco de Occidente, y las que llegare a pagar hasta la ejecutoria de la sentencia; que en vista de que el seguro debía asumir la totalidad de la deuda a la fecha de muerte, Seguro de Vida Alfa S.A. deberá pagar los intereses moratorios correspondientes a la suma que se pagó. El Juzgado Trece Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, declaró probada la excepción de “cumplimiento de las obligaciones a cargo de la aseguradora” y desestimó en su integridad las pretensiones. La Sala deberá establecer si, ¿Fue incongruente la sentencia de primer grado por la razón señalada por el recurrente? ¿Fue indebida la valoración probatoria y la interpretación del contrato de seguro?

**TESIS:** (...) el fallecimiento del deudor en casos como este, es decir, mediando un seguro de vida grupo deudores, produce, de un lado, la delación de la herencia por cuya virtud se conforma una universalidad patrimonial, integrada por sus derechos y obligaciones transmisibles, que en el acto se transfiere a los herederos; y del otro, el surgimiento del saldo de la obligación en cabeza de la compañía aseguradora. (...) El saldo de la deuda no era una obligación transmisible a las herederas, pues el hecho mismo del fallecimiento del deudor la radicó en cabeza del asegurador que expidió la póliza seguro vida grupo deudores. De ahí que la alegada adjudicación de “la deuda” en la liquidación de la herencia del causante, no determina un interés legítimo en la sociedad demandante para elevar las pretensiones contenidas en el libelo de demanda. (...) Súmase a lo anterior que, como así incluso se admite en la demanda, en el seguro de vida grupo deudores, el tomador-beneficiario es el acreedor (entidad financiera), siendo por lo mismo la legitimada para reclamar al asegurador una vez acaecido el siniestro; el deudor es el asegurado, de ahí que tampoco hubiese podido transferir a sus herederos una acción de que carecía. (...) el primer reparo enfilado contra la sentencia, motejado como “Incongruencia”, apunta a censurar tal decisión por haber acogido la “excepción” de “cumplimiento de las obligaciones a cargo de la aseguradora”, a pesar de no haberse señalado correctamente la cláusula contractual, es decir, por no existir en el contrato de seguro la cláusula 10<sup>a</sup> en los términos planteados por la demandada. (...) valga recordar que conforme a lo establecido por el artículo 281 del C.G.P, relativo a las congruencias, el fallador debe tener en cuenta dos elementos: i) los hechos y las pretensiones relacionados por el demandante, y ii) las excepciones probadas, y alegadas, cuando así se exija. (...) Advierte la sala que si bien ciertamente destacó la jueza que no había sido precisa la aseguradora al invocar la cláusula de la cual pretende lucrarse proponiendo tal “excepción”, esto es, haber dado aplicación a la cláusula que cubre reticencias en los amparos de muerte por cualquier causa hasta por \$110'000.000, no es menos cierto que también dijo la funcionaria haber verificado el clausulado particular, encontrando el “Amparo automático con Declaración de asegurabilidad diligenciada que no manifiesten padecer

enfermedad, se cubren preexistencia y reticencias". Asimismo, puso de presente lo pactado en la cláusula 9, condiciones de asegurabilidad", cuyo numeral 9.1 estableció "AUTOMATICIDAD SIN CONDICIONES Valores asegurados menores o iguales a \$110.000.000 edad hasta 70 años más 364 días". (...) De modo que al decidir sobre esa específica defensa la a quo no incurrió en incongruencia, porque en efecto fue planteada por la demandada invocando una cláusula contractual que, aunque en verdad no esté señalizada con el número 10 sino con el 9, eso establece, amén de que la misma demandante admite desde su libelo genitor del proceso, que por virtud de ese pago efectuado por el asegurador al Banco, el saldo de la obligación, a partir del fallecimiento del deudor, se redujo en la suma indicada. (...) Argumenta el apelante que la "excepción" que el juzgado declaró probada se fundamenta en una cláusula contractual que no soporta aquella porque ni siquiera es aplicable al caso concreto. (...) Afirma que tal cláusula aplica para pólizas de seguro que cubren valores menores o iguales a 110 millones, y en el presente caso, el contrato se celebró para asegurar una suma por encima de aquella, de allí que no fuera aplicable. Según el certificado aportado por la parte actora, el valor asegurado con la póliza GRD404 fue de \$500.000.000 para la vigencia 2021-2022 y de \$360.379.707 para la vigencia 2022-2023. (...) Pero en verdad sí brota una confusión de la funcionaria, pues es muy claro para la sala que al proponer esa puntual defensa la demandada plantea que esa fue la única obligación que surgió a su cargo y de buena fe la satisfizo, precisamente porque entendió que conforme a la literalidad de la cláusula, hasta dicha suma el amparo era automático, cubriendo por ende reticencias y preexistencias, pero en cuanto al excedente -que es lo reclamado en este proceso- objetó en su momento la reclamación extraprocesal de los interesados, y al contestar la demanda excepcionó la nulidad del contrato por reticencia en la declaración de asegurabilidad. (...) Emerge entonces la equivocada interpretación de la referida cláusula 9.1 que, básicamente establece un tope hasta el cual no aplican reticencias ni preexistencias. Pero no se puede colegir de aquí que esta previsión contractual suplanta la sanción de nulidad relativa prevista por el artículo 1058 del Código de Comercio para los casos de reticencia en la declaración del estado del riesgo. (...) Lo visto impone a la sala el deber de pronunciarse sobre la excepción de nulidad por reticencia, para lo cual ha de partirse del carácter imperativo y por lo mismo INMODIFICABLE por convención de los contratantes, de los incisos primero, segundo y cuarto del artículo 1058 del C. de Co., según lo prescribe el artículo 1162, lo que torna ineficaz la cláusula 15.9.1 del contrato, aducida por la señora juez para concluir que se requiere relación de causalidad entre la enfermedad omitida en la declaración de asegurabilidad y el fallecimiento del asegurado, exigencia no prevista por el legislador. (...) Se impone entonces, acatando lo dispuesto por el citado artículo 282 del C.G.P., revocar la sentencia en tanto declara la "excepción" de "cumplimiento contractual", para en su lugar declarar la nulidad del contrato de seguro por reticencia del asegurado en la declaración del estado del riesgo. De suerte que es esta la razón para negar las pretensiones.

MP: PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA

FECHA: 29/10/2025

PROVIDENCIA: SENTENCIA

SALVAMENTO DE VOTO: BENJAMIN DE J. YEPES PUERTA



Medellín  
"Al servicio de la Justicia y de la Paz Social"

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**TRIBUNAL SUPERIOR**  
**DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN**  
**SALA CUARTA CIVIL DE DECISIÓN**

Medellín, veintinueve (29) de octubre de dos mil veinticinco  
(2025)

<b>Proceso</b>	Verbal – Responsabilidad civil contractual
<b>Radicado</b>	05001310301320230038701
<b>Demandante</b>	Reino Familiar SAS
<b>Demandado</b>	Seguros de Vida Alfa SA
<b>Providencia</b>	Sentencia nro. 181
<b>Tema</b>	No cualquier defensa planteada por el demandado califica como excepción, solo constituye tal la orientada a enervar la pretensión. Cuando el juez encuentre probada alguna que conduzca a negar la totalidad de las pretensiones, debe abstenerse de examinar las restantes, pero si el superior la estima infundada, deberá pronunciarse sobre las demás, aunque el excepcionante no hubiese apelado. Los incisos primero, segundo y cuarto del artículo 1058 del Código de Comercio son inmodificables por convención de las partes (art. 1162 <i>ejusdem</i> ). No se requiere relación de causalidad entre la información omitida por el tomador al declarar el estado del riesgo, y el acaecimiento del siniestro, pues aquello vicia el consentimiento del asegurador y por lo mismo da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro.
<b>Decisión</b>	Revoca parcialmente
<b>Magistrada ponente</b>	Piedad Cecilia Vélez Gaviria

Se ocupa la Sala Cuarta de Decisión Civil de resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia proferida el 27 de noviembre de 2024 por el Juzgado Trece Civil del Circuito de Oralidad de Medellín.

**ANTECEDENTES**

La sociedad Reino Familiar SAS promovió proceso de responsabilidad civil contractual frente a la compañía Seguros de Vida Alfa SA, y elevó las siguientes pretensiones (PDF007C01PrimeraInstanciaC01Principal):

**“1.- Que se declare el incumplimiento contractual de Seguros de Vida Alfa S.A. por el no pago total de la deuda que tenía el señor Bernardo Piedrahita con el Banco de Occidente, amparado en la póliza de seguro de vida GRD-404.**

**2.- Que se declare que la cobertura por muerte del señor Bernardo Piedrahita, en el contrato de seguro de vida GRD-404 suscrito entre Bernardo y Seguros de Vida Alfa, debe ser total, absoluta y sin condiciones en su cobertura, toda vez que la causa para su exigibilidad ocurrió en las condiciones amparadas y pactadas.**

**3.- Que se declare que la póliza de seguro de vida GRD-404 suscrita entre Bernardo y Seguros de Vida Alfa debió cubrir la totalidad de la deuda que a la fecha de muerte de Bernardo Piedrahita este tenía con el Banco de Occidente y que ascendía a la suma de \$250.379.707.**

**4.- En consecuencia, se condene a Seguros de Vida Alfa S.A. a:**

**a.- Pagar directamente el Banco de Occidente S.A. el saldo insoluto del préstamo No. 42000057539, que a la fecha de asciende a la suma de \$132.604.112 (ciento treinta y dos millones seiscientos cuatro mil ciento doce pesos).**

**b.- Que se condene a Seguros de Vida Alfa S.A. a reembolsar todas las cuotas del préstamo No. 42000057539 pagadas por mi representada al Banco de Occidente, que a la fecha ascienden a \$145.956.963 (Ciento cuarenta y cinco millones novecientos cincuenta y seis mil novecientos sesenta y tres pesos) y las que llegare a pagar hasta la ejecutoria de la sentencia.**

**c.- Que en vista de que el seguro debía asumir la totalidad de la deuda a la fecha de muerte, Seguro de Vida Alfa S.A. deberá pagar los intereses moratorios correspondientes a la suma que sin estar obliga pagó mi poderdante por crédito bancario No. 42000057539, desde el 7 de julio de 2022 hasta la fecha que se haga efectivo su reembolso. (...).**

La situación fáctica que soporta lo pretendido radica en que el señor Bernardo Piedrahita Carvajal celebró un contrato de mutuo con interés con el Banco de Occidente, adquiriendo así el crédito nro. 4200005753-9, desembolsado el 27 de agosto de 2021 por la suma de 500 millones de pesos, diferido a 36 cuotas mensuales con interés variable.

Por la exigencia propia de la entidad financiera, aquel *suscribió* con Seguros de Vida Alfa SA un “*contrato de seguro de vida que respaldara económicamente el crédito*”, GRD-404, “*con el objetivo de amparar la muerte o la incapacidad total y permanente*”, en el que se contemplaron las siguientes partes, monto y riesgos:

“*Asegurador: Seguros de Vida Alfa S.A.*

*Tomador: Banco de Occidente*

*Asegurado: Bernardo Piedrahita*

*Monto asegurado: 500 millones de pesos.*

*Riesgo principal asegurado: Muerte o incapacidad total y permanente*

*Vigencia: El siniestro se configuró el 7 de julio de 2022, para dicha fecha el contrato seguro de vida GRD-404 estaba vigente”.*

Piedrahita Carvajal falleció el 7 de julio de 2022 a causa de un “*infarto agudo del miocardio*”. Según la historia clínica, la “*conclusión de muerte*” es “*IMST Shock Cardiogénico*” “*Post Reanimación Prolongada*; y “*Enfermedad coronaria de un vaso*”. Las causas que produjeron tal hecho eran totalmente desconocidas e inadvertidas por aquel y no diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro; médico alguno le advirtió que tuviera una enfermedad compatible con la causa de su muerte o que fuera un riesgo para ella, por lo que no tenía razón alguna de advertirlas al suscribirlo.

Sus herederas, Tatiana y Andrea Piedrahita Velásquez, solicitaron “*el reconocimiento del seguro adquirido*” a la aseguradora convocada, quien en respuesta de 12 de septiembre de 2022 manifestó no reconocer la totalidad de la suma asegurada, por cuanto el señor Bernardo tenía preexistencias no informadas: “*i) DM e hiperplasia de la próstata y ii) HTA (Hipertensión Arterial)*”.

Afirmó la parte actora que la causa de muerte señalada no encuentra relación alguna con las preexistencias “*manifestadas por la aseguradora*”, de allí que no hubiera razón para “*excepcionar el pago. La única razón de la preexistencia como oposición al pago, es claramente que tenga relación con la causa de muerte*”; y agregó que las preexistencias mencionadas en la carta de no amparo total, no corresponden con la causa de muerte determinada en la historia clínica, como tampoco tienen incidencia alguna en ella.

Seguros de Vida Alfa SA no cubrió la totalidad de la deuda y, con fundamento en la cláusula décima del contrato, en la que se pactó “*una cobertura parcial de ciento diez millones de pesos, se opuso al cumplimiento del contrato de seguro ya señalado*”. Con este “*reconocimiento parcial*”, el crédito quedó con un saldo de capital insoluto por \$250.379.707.

A la muerte del señor Bernardo, las referidas herederas transfirieron a título de venta sus derechos herenciales a la sociedad Reino Familiar SAS -acá demandante-, mediante las escrituras públicas nro. 5684 y 5685 de 17 de diciembre de 2022 de la Notaría Veinticinco de Medellín, a las que “*se les dio pleno*

*reconocimiento en la escritura que protocoliza y liquida la herencia del finado Bernardo Piedrahita mediante escritura pública No. No. 4468 del del 27 de diciembre de 2022 ... (sic)". En la hijuela primera de este instrumento público “se adjudicó el pasivo” con el Banco de Occidente a la sociedad demandante.*

Luego del fallecimiento del señor Piedrahita Carvajal, Reino Familiar SAS ha asumido las cuotas mensuales del préstamo, ha pagado todos los intereses de plazo por valor de \$28.552.192 y ha abonado a capital la suma de \$117.404.771, para un total de \$145.956.963. A la fecha de presentación de la demanda, el saldo de la obligación es de \$132.974.936.

## **RÉPLICA**

Previo cumplimiento de algunos requisitos inicialmente echados de menos, el libelo fue admitido por auto de 27 de noviembre de 2023 y frente al mismo se pronunció la aseguradora demandada (PDF012C01PrimeraInstanciaC01Principal) diciendo, en general, que no se configuró el siniestro con cargo a la póliza por ella expedida, por cuanto no se acreditó el supuesto del artículo 1072 del Código de Comercio; que el infarto agudo jamás podría calificarse como “imprevisto” o “intempestivo”, teniendo en cuenta las enfermedades preexistentes que padecía el señor Piedrahita, particularmente, HTA (hipertensión arterial) que, a no dudarlo, incrementa en grado considerable las probabilidades de sufrir un infarto; que las preexistencias no fueron advertidas por aquél en la declaración real y efectiva del riesgo, además de haberse confesado en la demanda esta circunstancia, esto es, que no fueron informadas, incluyendo “*DM e hiperplasia de la próstata*”.

Sostuvo que, de acuerdo con el precedente de la Corte Suprema de Justicia, la acreditación del nexo causal entre las preexistencias no declaradas no es un requisito para la configuración de la reticencia como causal de nulidad relativa del contrato de seguro.

Aceptó como cierta la existencia de la cláusula 10 del convenio aseguraticio relativa a la “*cobertura especial*”, según la cual,

“Se cubren reticencias en los amparos de Muerte por cualquier causa e Incapacidad Total y Permanente para las personas que contraigan deudas en uno o varios créditos y hasta por un valor de \$110.000.000 y edad menor o igual a 70 años más 364 días. En el evento de un siniestro dentro de esta cobertura la Aseguradora indemnizará hasta el saldo insoluto de la deuda al Banco, sin lugar a pago de excedentes a beneficiarios”.

De ese modo, argumentó que no debía ni debe cubrir, bajo ningún supuesto, la deuda en su totalidad, en el caso de que se verificaran preexistencias no declaradas, como en efecto se presentan en este caso; además de ser absolutamente improcedente la suerte de “reembolso” pretendido por los dineros que pagó la parte demandante, con relación a una deuda propia.

Agregó que no le consta y que no existe prueba que dé cuenta de la “venta” realizada a la sociedad demandante. Se opuso a las pretensiones y planteó como excepciones de mérito las que denominó:

**i) “*Falta de legitimación por activa*”** por cuanto en el texto de la póliza el único beneficiario es el Banco de Occidente, quien

sería el legitimado para reclamar las prestaciones que de aquella pudieran derivarse. Además, con relación a los excesos, en la póliza se consintió por las partes que serán únicos beneficiarios aquellos designados expresamente por el asegurado y, solo subsidiariamente, los establecidos por la ley. Así, en la demanda se sostiene de forma errónea que “*el inexistente derecho que no le asiste a la sociedad **REINO FAMILIAR S.A.S.** para incoar la presente acción se deriva de la supuesta venta de derechos herenciales que realizaron las señoras Tatiana y Andrea Piedrahita*”. Sin embargo, estas no fueron beneficiarias del contrato de seguro, ello por cuanto el señor Bernardo Piedrahita sí designó un beneficiario único y exclusivo en la declaratoria de asegurabilidad, esto es, la señora Blanca Odilia Velásquez Castañeda -cónyuge-, quien por demás figura como representante legal de la sociedad demandante. De ese modo, las herederas “*no podrían haber transferido a título de venta*” los derechos que no tenían.

**ii) “Ausencia absoluta de interés por parte de la sociedad **Reino Familiar SAS**”,** pues con relación a la póliza de vida grupo deudores, esta sociedad no tiene ningún tipo de interés, como quiera que en aquella es el Banco de Occidente el único beneficiario y, como tal, el facultado para reclamar las prestaciones que de esta pudieran derivarse, a lo que agregó lo dicho en el numeral anterior respecto de los excesos y beneficiarios.

**iii) “Ausencia absoluta de acreditación del siniestro y su cuantía – desconocimiento del artículo 1077 del Código de Comercio”.** El demandante jamás acreditó, ni podrá hacerlo, la

realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio. Los amparos básicos de la póliza fueron la muerte y la incapacidad total y permanente, pero

*“al tratarse de un contrato especializado, los amparos contratados, necesariamente, se integran con la totalidad del contrato. Por lo tanto, **no se amparó cualquier tipo de muerte ni de incapacidad total y permanente**, sino solo aquellas que consintieron las partes y cuyo riesgo real y efectivo asumió **SEGUROS ALFA S.A.**”.*

Por ser una póliza de vida grupo deudores, “*el riesgo de muerte se encuentra debidamente delimitado en el contrato de seguro*”, para lo cual uno de los vehículos para delimitarlo, es la declaración de asegurabilidad que presentó el señor Bernardo el 26 de agosto de 2021, siendo esta de un sujeto que tenía una salud “normal” y que, en particular, “**no padecía enfermedades tales como HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) ni DM e Hiperplasia de la Próstata**”. Sin embargo, mintió abiertamente pues, aunque en la declaración del riesgo señaló que no padecía tales enfermedades, estas ya habían sido diagnosticadas y eran de su conocimiento, tal como se desprende de la historia clínica -20 de febrero de 2014 y 22 de julio de 2013, respectivamente-.

**iv) “Ausencia de cobertura del contrato de seguro”.** El riesgo asumido por la aseguradora con la inclusión del señor Piedrahita en la póliza de vida grupo deudores GRD-404 no amparó la muerte del asegurado en los términos y condiciones de salud reales que presentaba. El riesgo asumido se delimitó por la declaración de asegurabilidad.

**v) “Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia – artículo 1058 del Código de Comercio”**, por cuanto la

interpretación actual y vinculante con relación al artículo 1058 del Código de Comercio, no requiere la existencia de un nexo causal entre la preexistencia no declarada y la muerte del asegurado. Asimismo, como lo sostiene la Corte Suprema de Justicia, la reticencia y la trascendencia de la información no declarada -carga de la aseguradora- se prueba con la mendacidad del declarante. El señor Bernardo declaró mendazmente que no padecía las referidas enfermedades, por lo cual mintió en la declaración del riesgo, aun cuando ya le habían sido diagnosticadas y eran de su conocimiento, con lo cual se prueba la reticencia en la que incurrió en la celebración del contrato de seguro y la trascendencia de la información engañosa para la aseguradora.

vi) “**Pérdida del derecho a la indemnización por mala fe en la reclamación – artículo 1078 del Código de Comercio**”. La demandante, pese a no estar legitimada pretende la afectación de la póliza, a sabiendas de la absoluta deslealtad y mala fe con la que obró el señor Bernardo Piedrahita al suscribir el contrato de seguro. Además, desconoce el estado del riesgo declarado por este el 26 de agosto de 2021, quien “**perdió con efectos retroactivos cualquier tipo de derecho a la indemnización a que hubiese podido haber lugar**”, al mentir cuando declaró el estado del riesgo. Y aun a sabiendas de ello, sus hijas pretendieron “*hacer unas supuestas ventas a la ahora demandante **sin ser legítimas beneficiarias** y, por lo tanto, sin tener ningún tipo de derecho que pudiese transmitirse a la sociedad **REINO FAMILIAR S.A.S.** ”.*

Andrea y Tatiana Piedrahita, y la señora Blanca Odilia Velásquez, esposa de Piedrahita, y madre de aquellas, además de

representante legal de la sociedad Reino Familiar SAS, actuaron y actúan de mala fe en el presente asunto.

**vii) “Cumplimiento de las obligaciones a cargo de la aseguradora”**, quien desde la celebración del contrato de seguro ha brindado la tranquilidad de cumplir con la indemnización en los específicos eventos en los cuales esté llamada a afectar válidamente la póliza, razón por la cual cuenta con las correspondientes reservas. Pese a lo anterior, es indiscutible que en este caso no se acreditó la condición -siniestro- para dar lugar a la aplicación de la consecuencia indemnizatoria. Pese a no tener ningún tipo de responsabilidad en el asunto, actuando de buena fe dio aplicación a la cláusula 10<sup>a</sup> del contrato de seguro, relacionada con la cobertura especial, que cubre reticencias en los amparos de muerte por cualquier causa, hasta por 110 millones de pesos.

**viii) “Pago como mecanismo de extinción de las obligaciones”**, Pese a no tener ningún tipo de responsabilidad en el asunto, actuando de buena fe y aplicó la aludida cláusula 10<sup>a</sup> del contrato. Aunque era totalmente improcedente por no haberse acreditado todos los supuestos propios de la responsabilidad contractual en materia de seguros, ya realizó el único pago al que podrían tener derecho los beneficiarios, con lo cual, irremediablemente, extinguió cualquier tipo de obligación a su cargo.

**ix) “Cobro de lo no debido – enriquecimiento sin justa causa”**. En este caso no acaeció siniestro alguno por el cual esté llamada a responder; es claro que las pretensiones contienen un cobro de

una suma que SEGUROS DE VIDA ALFA no debe en manera alguna a la demandante, de allí que condenarla a pagar implicaría el desconocimiento de la prohibición de enriquecerse sin justa causa, pues en este caso, el contrato de seguro por el cual se vinculó a la aseguradora no representa una causa justa, como quiera que, de sus condiciones particulares, no se desprende obligación indemnizatoria alguna.

**x) “Límite del valor asegurado – artículo 1079 del Código de Comercio”.** En el hipotético caso de encontrarse acreditado el siniestro, en los términos de los amparos y coberturas ofrecidos en las pólizas, no se puede ignorar que las condiciones particulares de los contratos de seguro establecen un valor asegurado, el cual fue contratado por las partes.

## **SENTENCIA APELADA**

Trabada así la relación procesal y evacuado el trámite pertinente, el juzgado profirió la sentencia que ahora se examina (PDF022C01PrimeraInstanciaC01Principal), en la que declaró probada la excepción de “*cumplimiento de las obligaciones a cargo de la aseguradora*” y desestimó en su integridad las pretensiones.

Para arribar a esa determinación, en primer lugar, la *a quo* se detuvo en la legitimación en la causa de la sociedad actora, en consideración a que había sido un punto excepcionado por la aseguradora, quien, entre otros, manifestó que el legitimado para reclamar el amparo era el Banco de Occidente, como acreedor de la obligación respaldada; amén de ser presupuesto material de la

sentencia de mérito. Con apoyo en la jurisprudencia,<sup>1</sup> concluyó que la demandante estaba legitimada para reclamar el cumplimiento de la obligación contenida en el seguro de vida grupo deudores, al haberle transferido las hijas del causante el pasivo heredado y ser su patrimonio afectado con el incumplimiento de la aseguradora de pagar el saldo del crédito en cuestión,

*“obligación que según los recibos de pago adosados al expediente por la parte actora (Fls. 11-19 archivo004 y 130-143 archivo007), además de las manifestaciones realizadas por la representante legal en su interrogatorio de parte (Min 14:52 archivo020), había sido cubierto en su totalidad, de su propio peculio por la sociedad actora”.*

De paso, consideró la señora juez, atendiendo la nulidad absoluta invocada por la aseguradora, que ello escapa de cualquiera de las hipótesis del artículo 906 del Código de Comercio, pues el contrato de venta de derechos herenciales se suscribió

*“entre las herederas del padre fallecido, y la señora Blanca Odilia Velásquez **en calidad de representante legal** de la empresa Reino Familiar S.A.S., más no como persona natural, siendo la sociedad demandante facultada para ejercer derechos y contraer obligaciones civiles al tenor de lo consagrado en el artículo 633 del Código Civil”.*

Así las cosas, el negocio es válido, se presume fidedigno con respecto a la voluntad de los contratantes, no se acreditó ninguna causal de nulidad y las escrituras públicas suscritas por las herederas de Bernardo Piedrahita Carvajal fueron exhibidas.

Acotado lo precedente, la juzgadora realizó algunas consideraciones generales en torno al contrato de seguro y los

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia STC634-2019.

presupuestos sustanciales para su cumplimiento, para luego abordar lo relativo al seguro de vida grupo deudores, así como a la reticencia o inexactitud, conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, y las sanciones a las que por tal causa hay lugar, punto en el que se refirió al efecto de la nulidad relativa del contrato imputable a dichas circunstancias, y las posturas que al respecto ha tenido la jurisprudencia tanto constitucional como ordinaria -sentencias C-232 de 1997, SC3791-2021 y SC5327-2018-.

Con los anteriores derroteros abordó el caso concreto, y se ocupó en primera medida de la ocurrencia del siniestro y del interés asegurable, donde no mereció ninguna duda lo atinente a la adquisición del crédito por parte de Piedrahita Carvajal y su aseguramiento por medio de la póliza nro. GDR404 expedida por Seguros de Vida Alfa SA; como tampoco halló alguna respecto del fallecimiento de aquél, el día 7 de julio de 2022. Ahora, en cuanto a la causa de este hecho, y en relación con las excepciones consistentes en la “*Ausencia absoluta de acreditación del siniestro y su cuantía – desconocimiento del artículo 1077 del Código de Comercio*” y “*Ausencia de cobertura del contrato de seguro*”, estimó que lo argumentado por la aseguradora no podía encontrar eco, toda vez que de las condiciones particulares de la póliza se desprende que se amparó la “*muerte por cualquier causa*”.

En segundo lugar, se encargó de lo relativo a que “*el contrato no sea susceptible de una causal de inoperancia*”, para lo cual se remitió al contenido del artículo 1058 *ejusdem* y a lo expuesto por la aseguradora en punto a las excepciones que denominó

*“Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia – artículo 1058 del Código de Comercio, Pérdida del derecho a la indemnización por mala fe en la reclamación – artículo 1079 del Código de Comercio, Cobro de lo no debido – enriquecimiento sin justa causa”.*

A ese propósito, la juez dio pleno valor probatorio a los documentos aportados con la demanda y con la contestación - solicitud individual seguro vida grupo deudor, condiciones particulares de la póliza GRD404, historia clínica del señor Bernardo Piedrahita Carvajal-, cuyo contenido pasó a destacar, y de su análisis concluyó que con anterioridad al año 2021 cuando este solicitó el crédito, había sido diagnosticado, entre otros, con hipertensión arterial, lo que él mismo conocía desde 2014, habiéndosele requerido para que informara en la solicitud de crédito, formulario diligenciado el 26 de agosto, específicamente, entre otras enfermedades, por hipertensión arterial en cualquier grado, no obstante, negó la existencia de alguna novedad en su estado de salud.

Seguidamente, relievó que no existe un criterio unificado en lo atinente a la relación de causalidad entre la preexistencia omitida y la causa de la muerte para que prospere la nulidad relativa de un contrato de seguro; empero, superó tal cuestión no pudiendo pasar por alto la cláusula 15.9.1 de las condiciones particulares de la póliza de seguro, que resaltó la parte demandante:

*“PRINCIPIO DE CAUSALIDAD.*

*En caso de Inexactitud o Reticencia del asegurado en la Declaración de Asegurabilidad, la Aseguradora solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 y 158 del Código de Comercio*

***y Concordantes, si la o las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro, son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que incurrió el Asegurado". (Fl. 93 archivo012) Negrillas fuera de texto".***

Concluyó, entonces, que no se acreditó causal alguna que pudiera invalidar lo acordado por las partes en ejercicio de la autonomía de la voluntad, por lo que el acuerdo no podía ser desconocido en el proceso. Y resaltó que, aunque aportada la guía clínica de hipertensión del Minsalud y afirmado que este diagnóstico podía dar lugar a que se presentaran eventos como “infarto al miocardio” que causó la muerte del señor Piedrahita Carvajal, en la actuación no se acreditó con certeza que esta preexistencia hubiera aportado a la causa de la muerte descrita en la historia clínica. Por consiguiente, advirtió el despacho desfavorable de las aludidas excepciones, pues no se probó “una incidencia entre el siniestro (la muerte del asegurado) y la enfermedad omitida en la declaración de asegurabilidad”.

En tercer lugar, analizó lo atinente a que “*no se haya generado con anterioridad la terminación del contrato de seguro, específicamente por mora en el pago de la prima*”, elemento que encontró cumplido por cuanto al respecto ningún reproche realizó la demandada.

De ese modo halló reunidos los requisitos de existencia y validez del contrato de seguro, por lo que a continuación se encargó de los demás medios de defensa propuestos por la aseguradora, y partió del alegado cumplimiento de las obligaciones a su cargo. Recordó la jueza lo afirmado por la entidad en cuanto haber brindado la tranquilidad de cumplir con la indemnización en los

específicos eventos en los cuales estaba llamada a afectar válidamente la póliza. Aquí puntualizó que, aunque “*no fue precisa la aseguradora al invocar la cláusula de la cual pretende lucrarse, como que no se trata de la que invocó como número 10...*”, destacó de la revisión del clausulado particular el “*Amparo automático con Declaración de asegurabilidad diligenciada que no manifiesten padecer enfermedad, se cubren preexistencia y reticencias*”, al igual que el “**Amparo automático** con Declaración de asegurabilidad diligenciada que manifiesten no padecer enfermedad”, y la notación “**(1)**” “*Declaración de asegurabilidad, se cubren preexistencias y reticencias hasta \$110.000.000*”. Asimismo, puso de presente lo pactado en la cláusula 9, *condiciones de asegurabilidad*, cuyo numeral 9.1 estableció “**AUTOMATICIDAD SIN CONDICIONES Valores asegurados menores o iguales a \$110.000.000 edad hasta 70 años más 364 días**”.

De lo visto, concluyó que, por la autonomía de la voluntad, los contratantes se abstuvieron de aplicar la sanción de nulidad relativa por reticencia, cuando la enfermedad omitida no fue la causa de la muerte ni incidió en ella, y establecieron otra sanción para el evento de haber faltado a la verdad en la declaración del estado de riesgo. En efecto, pactaron que las reticencias, para el evento del amparo de muerte y otros, se cubrirían por la compañía hasta el monto de \$110.000.000, destinados al saldo de la deuda y sin reconocimiento de excedentes a los beneficiarios.

Asimismo, que de lo analizado era innegable la configuración de la reticencia de Piedrahita Carvajal, porque el diagnóstico

preexistente de hipertensión arterial que padecía de varios años atrás, fue omitido en la declaración de asegurabilidad, pese haber sido interrogado expresamente por tal patología, razón por la que debió haberla declarado sinceramente a Seguros de Vida Alfa S.A., esto sin contar otras patologías que tampoco declaró, como la hiperplasia de próstata e incluso la diabetes mellitus e hiperlipidemia mixta, que si bien no fueron mencionadas por la aseguradora, si se evidencian como preexistentes en la historia clínica.

Agregó que de los interrogatorios de parte hay coincidencia en reconocer que en virtud del clausulado particular de la póliza, la compañía demandada pagó al Banco de Occidente la suma de \$110.000.000, tal y como fue informado en respuesta del 12 de septiembre de 2022 emitida por la aseguradora a la reclamación de la sociedad demandante, cumpliendo así con los compromisos expresamente asumidos en el contrato de seguro, sin que pueda decirse que en cabeza suya radica el deber de pagar el saldo del crédito que supere dicho valor.

Y lo anterior resulta ser así porque en caso de reticencia, las partes pactaron una sanción diversa a la nulidad relativa, consistente en un límite del monto a reconocer frente al banco beneficiario de \$110.000.000, suma que fue reconocida en favor de Banco de Occidente, con lo que se entiende cumplido a cabalidad el contrato de seguro y sin que sea posible solicitar un monto superior al que expresamente acordaron los contratantes para eventos en los que, como en este caso, se faltó a la verdad sobre el estado del riesgo.

## IMPUGNACIÓN

Inconforme con lo decidido, apeló el señor apoderado de la parte demandante, señalando como puntos de reparo (PDF023C01PrimeraInstanciaC01Principal):

*“1. La decisión judicial desconoce lo dispuesto por el artículo 281 del Código General del Proceso, según el cual la sentencia deberá estar en consonancia con las excepciones que aparezcan probadas y que hubieren sido alegadas, si así lo exige la ley”.*

Conforme a la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia (SC4257-2020), el principio de congruencia constituye un límite al poder decisorio del juez para que haya correspondencia entre lo planteado por las partes como materia de controversia y lo decidido.

La sentencia se encargó de establecer si estaba probada o no la “excepción” propuesta por la resistente que consistió en el “*cumplimiento de las obligaciones a cargo de la aseguradora*”, con fundamento en la cláusula 10<sup>a</sup> de la cobertura especial, para lo cual el juzgado revisó el contrato y advirtió que “*no fue precisa la aseguradora al invocar la cláusula de la cual pretende lucrarse’ porque la misma no existe, no fue pactada por los contratantes*”.

Dada la inexistencia de tal cláusula de *condiciones especiales* en la que se fundamentó dicha excepción, lo que procedía era declararla no probada.

*“2. La sentencia incurrió en una indebida valoración probatoria”.*

La excepción de cumplimiento que el juzgado declaró probada se fundamentó en una cláusula contractual que no soporta ni da cuenta de lo excepcionado porque ni siquiera es aplicable al caso concreto. Dicha estipulación es la 9.1 referida a la “*Automaticidad sin condiciones*”, en la que se indica que “**para los valores asegurados menores o iguales a \$110.000.000** edad hasta 70 años más 364 días, el cliente debe diligenciar la solicitud de Seguro y/o Declaración de Asegurabilidad”, en la que, entre otros, no aplica exclusiones por salud, y se concede amparo automático cubriendo reticencias y preexistencias para los amparos de vida como de incapacidad total y permanente, para las personas que contraigan deudas en uno o varios créditos hasta un tope de 110 millones y hasta 70 años de edad más 364 días. Se aclara que la condición aplica aun cuando el monto del desembolso sea mayor a dicha suma, caso en el cual quedan amparados los primeros 110 millones y se destina solo para el saldo de la deuda, esto es, no aplica para pagos de excedentes a beneficiarios.

Es claro que tal cláusula aplica para pólizas de seguro que cubren valores menores o iguales a 110 millones, y en el presente caso, el contrato se celebró para asegurar una suma por encima de aquella, de allí que no fuera aplicable. Según el certificado aportado por la parte actora, el valor asegurado con la póliza GRD404 fue de \$500.000.000 para la vigencia 2021-2022 y de \$360.379.707 para la vigencia 2022-2023.

Por consiguiente, la cláusula que intenta respaldar el supuesto cumplimiento de las obligaciones de la aseguradora no es aplicable al presente caso y no puede ser fundamento para que prospere la aludida excepción.

*“3. Indebida interpretación del contrato de seguro”.*

El contrato de seguro debe interpretarse con sujeción al principio *pro consumatore*, es decir, el sentenciador debe interpretar a favor del asegurado las condiciones indeterminadas, vagas o ambiguas, lo que apoya en pronunciamiento de la Corte Constitucional -Sentencia T-902 de 2013-.

El contrato de seguro en cuestión fue confeccionado por la aseguradora, parte dominante de la relación contractual, sin que mediara la intervención del asegurado, quien se encontraba limitado al cumplimiento de los requisitos exigidos por aquella en virtud del convenio entre este y la entidad financiera para respaldar las deudas, a fin de que “*el Banco recupere parte de su cartera y no se vea afectado ante las consecuencias del veto indemnizatorio en el evento de una reticencia por parte del deudor*”.

Se extraña de la sentencia la interpretación de las cláusulas leoninas, imprecisas, vagas o ambiguas en favor del asegurado, pues se acudió a cláusulas confusas que se interpretaron a favor de la parte demandada para concluir que cumplió con sus obligaciones, y no se tuvo en cuenta que de ninguna manera dan claridad acerca de las implicaciones de incurrir en reticencia o preexistencia por parte del asegurado, máxime cuando se trata

de un contrato que exige la manifestación de condiciones de salud normales para acceder al producto financiero en las condiciones previamente establecidas por la aseguradora y por la entidad bancaria. Dicho de otro modo, el señor Piedrahita estaba sometido a las condiciones contractuales previstas por dichas entidades, que le imponían declarar un estado de salud normal y que le permitiera acceder a la póliza de seguro que respaldara su crédito.

Por último, expuso que, al margen de la reticencia del asegurado, las enfermedades que padecía el señor Piedrahita, que aparentemente no fueron informadas a la celebración del contrato de seguro, no están relacionadas con la causa de su muerte, supuesto que no está contemplado en el seguro de vida grupo deudores GRD404,

*“ni tampoco la sanción que de forma errónea se indica en la sentencia que ha de aplicarse. Por el contrario, ninguna sanción se contempla al respecto, por lo que hay lugar a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, en el sentido de que la aseguradora demandada está llamada a cumplir con la obligación de saldar la deuda o el saldo insoluto del crédito número 42000057539 respaldado con la póliza de seguro GRD-404, desde la fecha de ocurrencia del siniestro, esto es, desde el 7 de julio de 2022”.*

## **DE LA SUSTENTACIÓN EN ESTA INSTANCIA (LEY 2213 DE 2022)**

El recurso de apelación fue admitido mediante auto fechado el 10 de febrero de 2025. El día 21 siguiente la parte apelante allegó oportunamente el memorial de sustentación, en el que, en esencia, reiteró lo argüido cuando introdujo el remedio vertical

(PDF07C02SegundaInstanciaC02ApelaciónSentencia). La aseguradora, no recurrente, no se pronunció en la oportunidad legal frente a la impugnación de la demandante.

## **PROBLEMAS JURÍDICOS**

Acorde con lo decidido y argumentado por la juzgadora de primer grado y los reproches elevados por la parte demandante, en los siguientes términos y orden, podrían plantearse los problemas jurídicos que debe abordar la Sala en esta ocasión:

¿Fue incongruente la sentencia de primer grado por la razón señalada por el recurrente?

¿Fue indebida la valoración probatoria y la interpretación del contrato de seguro?

Sin embargo y comoquiera que la posibilidad de entrar en el fondo del asunto pende del cumplimiento de los presupuestos materiales para ello previstos, a su examen se procederá delanteramente, máxime cuando por vía de excepción de mérito se alegó falta de legitimación en la causa por activa; en todo caso de obligado y oficioso control por parte del juzgador.

Como punto de partida, sea lo primero recordar que la legitimación en la causa constituye uno de los presupuestos materiales para la sentencia de fondo, los cuales, según autorizada doctrina, “se estructuran como categorías jurídicas de naturaleza compleja, muy vinculados al derecho sustancial”,<sup>2</sup> y

---

<sup>2</sup> Quintero, Beatriz y Prieto, Eugenio. Teoría General del Derecho Procesal. Cuarta edición. Bogotá: Editorial Temis S.A. 2008. Pág. 405.

*“cuyos efectos son decididamente sustanciales porque su ausencia, de alguna manera impide el estudio de fondo de la pretensión, es óbice para que el juzgador examine el derecho sustancial debatido en el proceso, los extremos litigiosos, el litigio, entendido este como relación sustancial subyacente”.*<sup>3</sup> En palabras de la Corte Suprema de Justicia, “[p]or su carácter sustantivo, es presupuesto material de la sentencia estimatoria y su ausencia impide la prosperidad del petitum”.<sup>4</sup> Al respecto, la jurisprudencia de dicha Corporación ha sostenido que<sup>5</sup>

*“El nexo que une a las partes, permitiendo a la una accionar y a la otra responder a tales reclamos, es lo que se conoce como legitimación en la causa. Su importancia es tal, que no depende de la forma como asuman el debate los intervenientes, sino que el fallador debe establecerla prioritariamente en cada pugna al entrar a desatar la litis o, en casos excepcionales, desde sus albores.*

*De no cumplirse tal conexión entre quienes se traban en un pleito, se presentaría una restricción para actuar o comparecer, sin que se trate de un aspecto procesal susceptible de subsanación, sino que, por su trascendencia, tiene una connotación sustancial que impide abordar el fondo de la contienda.*

*La Corte en sentencia de 24 de julio de 2012, exp. 1998- 21524-01, reiteró que “[l]a legitimación en la causa consiste en ser la persona que la ley faculta para ejercitar la acción o para resistir la misma, por lo que concierne con el derecho sustancial y no al procesal, conforme lo tiene decantado la jurisprudencia (...) En efecto, ésta ha sostenido que 'el interés legítimo, serio y actual del 'titular de una determinada relación jurídica o estado jurídico' (U. Rocco, Tratado de derecho procesal civil, T. I, Parte general, 2a reimpresión, Temis-Depalma, Bogotá, Buenos Aires, 1983, pp. 360), exige plena coincidencia 'de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva). (Instituciones de Derecho*

---

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 405.

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC2642-2015, 10 de marzo de 2015, radicación nro. 11001-31-03-030-1993-05281-01. MP Jesús Vall De Rutén Ruiz.

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC4468-2014, 9 de abril de 2014, radicación nro. 0800131030022008-00069-01. MP Fernando Giraldo Gutiérrez.

*Procesal Civil, I, 185)' (CXXXVIII, 364/65), y el juez debe verificarla 'con independencia de la actividad de las partes y sujetos procesales al constituir una exigencia de la sentencia estimatoria o desestimatoria, según quien pretende y frente a quien se reclama el derecho sea o no su titular' (cas. civ. sentencia de 1º de julio de 2008, [SC-061-2008], exp. 11001-3103-033-2001- 06291-01). Y ha sido enfática en sostener que tal fenómeno jurídico 'es cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, por cuanto alude a la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de éste' (Sent. de Cas. Civ. de 14 de agosto de 1995, Exp. N° 4268, reiterada en el fallo de 12 de junio de 2001, Exp. N° 6050)". (CSJ SC4468 de 9 de abr. de 2014, Rad. 2008- 00069-01).*

De lo anterior se sigue que, siendo imperativa la existencia de la legitimación en la causa para que se profiera sentencia estimatoria de la pretensión y frente a quien se reclama determinado derecho, el fallador se encuentra obligado a constatar oficiosamente tal presupuesto. Al respecto, en sentencia SC592-2022<sup>6</sup> al citar la providencia CSJ SC, 19 ago., 1954, G.J. LXXVIII, n. 2145, la Corte refirió:

*“Como de tiempo atrás lo ha reiterado esta Corporación, la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, en cuanto concierne con una de las condiciones de prosperidad de la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de éste, motivo por el cual su ausencia desemboca irremediablemente en sentencia desestimatoria debido a que quien reclama el derecho no es su titular o porque lo exige ante quien no es el llamado a contradecirlo.*  
*(...)".*

Con ligereza -diciendo apoyarse en la sentencia STC634-2019-, y al haberle transferido las hijas del causante el pasivo heredado y ser su patrimonio afectado con el incumplimiento de la aseguradora de pagar el saldo del crédito en cuestión, concluyó

---

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC592-2022, 25 de mayo de 2022, radicación nro. 08638-31-84-001-2017-00482-01. MP Luis Alonso Rico Puerta.

la *a quo* que la demandante ostenta legitimación en la causa para pretender como lo hace, sin parar mientes en que aquella providencia no constituye precedente para el caso que se examina, pues allí se trató de demanda presentada por la cónyuge y herederos del deudor fallecido deprecando se ordenara al asegurador pagar a la entidad financiera acreedora de aquél; pero en este caso, demanda un tercero, la sociedad a quien las herederas le cedieron sus derechos herenciales, y quien dice haber continuado pagando las cuotas de la obligación, a partir del fallecimiento del deudor.

Ahora, es indiscutible que, acaecida la muerte de una persona, son sus herederos los llamados a sucederle en los derechos y obligaciones **transmisibles**, pudiendo incluso ejercer las acciones que hubiere podido promover aquella a fin de proteger su patrimonio, como lo dejó sentado la Corte en sentencia SC4888-2021:<sup>7</sup>

*“6. Ahora bien, con la muerte de una persona su patrimonio se trasmite a sus herederos, quienes desde el momento de la delación de la herencia suceden al causante en todos sus derechos y obligaciones trasmisibles, surgiendo así el derecho de herencia y de ahí la indivisión de la masa herencial que permanece en ese estado hasta la aprobación de la partición y adjudicación, bien sea ajustado a lo definido en el testamento, o conforme las directrices de la sucesión intestada, radicando así en los sucesores el dominio sobre las cosas heredadas, dado el reconocimiento que tiene la sucesión mortis causa como modo de adquirir el dominio.*

*Uno de los efectos que se generan ante la conformación de dicha universalidad patrimonial, es que durante la indivisión podrán los herederos promover las acciones que hubiera podido adelantar el de cujus para la protección de su peculio, (...)”.*

---

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia SC4888-2021, 3 de noviembre de 2021, radicación nro. 25183-31-03-001-2010-00247-01. MP Hilda González Neira.

En efecto, es el fenómeno de la delación de la herencia que regula el artículo 1013 del C.C. en los siguientes términos, en lo pertinente:

*“La delación de una asignación es el actual llamamiento de la ley a aceptarla o repudiarla.*

*La herencia o legado se defiere al heredero o legatario en el momento de fallecer la persona de cuya sucesión se trata, si el heredero o legatario no es llamado condicionalmente; o en el momento de cumplirse la condición, si el llamamiento es condicional”.*

De otra parte, ha de tenerse presente que por virtud del seguro de vida grupo deudores, la compañía aseguradora asume el riesgo del fallecimiento o incapacidad del deudor, obligándose frente al acreedor por el saldo insoluto de la deuda al momento del deceso de aquél. En su estructura, el tomador-beneficiario es el acreedor (generalmente una entidad financiera), y el asegurado es el deudor a quien se expide el correspondiente certificado. Y, como en cualquier seguro, la aludida obligación del asegurador queda sometida a una condición suspensiva que, para el caso, la constituye el fallecimiento del deudor (hecho futuro e incierto en cuanto a la fecha de su acaecimiento). Es decir, que al materializarse el riesgo asegurado, esto es, ocurrido el siniestro (arts. 1054 y 1772 C. de Co.), el saldo de la obligación que estaba a cargo del asegurado se radica en cabeza del asegurador.

Es así que un mismo hecho, el fallecimiento del deudor en casos como este, es decir, mediando un seguro de vida grupo deudores, produce, de un lado, la delación de la herencia por cuya virtud se conforma una universalidad patrimonial -integrada por sus derechos y obligaciones transmisibles-, que en el acto se

transfiere a los herederos; y del otro, el surgimiento del saldo de la obligación en cabeza de la compañía aseguradora. Y esto último implica que la referida obligación no pueda hacer parte de esa universalidad transferida a los herederos del deudor fallecido, pues la misma obligación no pudo surgir en cabeza del asegurador por virtud del acaecimiento del siniestro, y al mismo tiempo formar parte de la masa herencial que por el óbito del deudor pasó a sus herederos.

De suerte que el saldo de la deuda no era una obligación transmisible a las herederas, pues el hecho mismo del fallecimiento del deudor la radicó en cabeza del asegurador que expidió la póliza seguro vida grupo deudores. Y bien sabido es que las hijuelas de adjudicación en proceso sucesorio constituyen título de dominio y/o obligacional, cuando el causante tenía esas calidades; pero es lo cierto que, por la razón ya anotada, es decir, gracias al seguro de vida grupo deudores, cuando el deudor se convirtió en “causante” dejó de tener aquella calidad porque el saldo de la deuda se radicó en el acto en cabeza del asegurador. De ahí que la alegada adjudicación de “la deuda” en la liquidación de la herencia del causante, no determina un interés legítimo en la sociedad demandante para elevar las pretensiones contenidas en el libelo de demanda.

Súmase a lo anterior que, como así incluso se admite en la demanda, en el seguro de vida grupo deudores, el tomador-beneficiario es el acreedor (entidad financiera), siendo por lo mismo la legitimada para reclamar al asegurador una vez acaecido el siniestro; el deudor es el asegurado, de ahí que tampoco hubiese podido transferir a sus herederos una acción de

que carecía. Y aunque por construcción jurisprudencial se ha reconocido un interés legítimo en la viuda y en los herederos del asegurado para demandar deprecando se ordene al asegurador pagar a la entidad financiera el saldo de la obligación al momento de acaecer el siniestro,<sup>8</sup> pues como lo expresa la Corte en la sentencia del 28 de julio de 2005 citada en el pie de página: *“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, agregase, en deudor. Cosa que no está haciéndose aquí; no se remite a duda que eso concierne exclusivamente al beneficiario. Simplemente está exigiendo que la aseguradora pague lo que debe; y hay que entender en sano discernimiento que la súplica es que pague a quien debe pagar, esto es, a la Caja, cual resultó ordenándolo el tribunal”*; no es esa la situación que aquí se presenta, no solo porque quien demanda no tiene aquella calidad, por más que las herederas le hayan enajenado sus derechos en esa universalidad jurídica, -pues la calidad de heredero no es transmisible, lo que se transmite en la venta de derechos herenciales es solo el aspecto patrimonial-, sino además, porque el proceso da cuenta de que ya el crédito de la entidad bancaria beneficiaria del seguro vida grupo deudores, fue satisfecho en su totalidad por un tercero, la sociedad demandante, sin que el proceso dé cuenta, pues de ello ni siquiera se habla en la demanda, de que hubiese tenido lugar una subrogación convencional en los términos previstos por el artículo 1669 del Código Civil:

---

<sup>8</sup> SC 28 de julio de 2005, expediente 1999-00449-01, M.P. Dr. Manuel Isidro Ardila; SC de 29 de septiembre de 2005, expediente 1100131030162000-22940-01, M.P. Dr. Jaime Alberto Arrubla Paucar; SC de 17 de octubre de 2006, expediente 11001-3103-008-1996-0059-01. M.P. Dr. Cesar Julio Valencia Copete; SC de 15 de diciembre de 2008, expediente C 1100131030352001-01021-01, M.P. Dr. Jaime Alberto Arrubla Paucar; SC4904-2021, 4 de noviembre de 2021, Rad.66001-31-03-003-2017-00133-01, M.P. Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque; SC5698-2021 de 16 de diciembre de 2021, Rad.11001-31-03-027-2010-00484-01, M.P. Dr. Francisco Ternera Barrios.

*“Se efectúa la subrogación, en virtud de una convención del acreedor, cuando éste, recibiendo de un tercero el pago de la deuda, le subroga voluntariamente en todos los derechos y acciones que le corresponden como tal acreedor; la subrogación en este caso está sujeta a la regla de la cesión de derechos, y debe hacerse en la carta de pago”.*

No sobra decir, finalmente, que si bien conforme al artículo 1630 del C.C. puede pagar por el deudor cualquier persona a nombre de él *“aún sin su conocimiento o contra su voluntad, y aún a pesar del acreedor”*, a lo cual tampoco se alude en la demanda, sí se expresa allí haberse hecho reclamación al asegurador, la que fue objetada por éste -en lo que excedía de \$110'000.000, cantidad ésta pagada por el asegurador al banco acatando la cláusula contractual de automaticidad sin condiciones hasta dicho monto- lo que traduciría rechazo al pago de la susodicha obligación, con la consecuencia prevista por el artículo 1632 *ibidem*: *“El que paga contra la voluntad del deudor, no tiene derecho para que el deudor le reembolse lo pagado; a no ser que el acreedor le ceda voluntariamente su acción.”*. Y a fe que la sociedad demandante continuó pagando al banco las cuotas hasta cubrir totalmente ese excedente, materia de objeción por el asegurador, a sabiendas de que no pagaba una obligación propia, pues así lo afirma en su demanda, y esto muy a pesar de habersele “adjudicado” la “deuda”, que en verdad no fue transmitida por el causante como se explicó en párrafos precedentes.

Para la sala, o al menos para la suscrita ponente, lo visto, denota la ausencia de un interés serio en la sociedad demandante para elevar las pretensiones contenidas en el libelo genitor de este proceso. Pero, aun dejando de lado lo anterior, a la misma conclusión se llega si se avanza en el fondo del asunto, conforme

pasa a verse y teniendo en cuenta que muy a pesar de ser la sociedad demandante apelante única, es evidente que la demandada carecía de interés para recurrir al no verse perjudicada con la decisión, situación que explica y justifica disposiciones como la prevista en su tercer inciso por el artículo 282 del C.G.P. del siguiente tenor: *“Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, deberá abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia”.*

Es claro que el primer reparo enfilado contra la sentencia de primer grado, motejado como “Incongruencia”, apunta a censurar tal decisión por haber acogido la “excepción” de *“cumplimiento de las obligaciones a cargo de la aseguradora”*, a pesar de no haberse señalado correctamente la cláusula contractual, es decir, por no existir en el contrato de seguro la cláusula 10<sup>a</sup> en los términos planteados por la demandada.

En este punto, valga recordar que conforme a lo establecido por el artículo 281 del C.G.P, relativo a las congruencias, el fallador debe tener en cuenta dos elementos: *i)* los hechos y las pretensiones relacionados por el demandante, y *ii)* las excepciones probadas, y alegadas, cuando así se exija. De este modo, agrega la disposición, *“No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta”*. Lo anterior se constituye en un límite al poder decisorio del juez y, como lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, es consecuencia del

principio dispositivo que consagra el inciso primero del artículo 8° *ibidem*, “con directa incidencia en el derecho fundamental al debido proceso en su manifestación de contradicción, en cuanto los litigantes pueden esperar razonablemente que la sentencia sólo aborde los aspectos que plantearon en la demanda y en la réplica, de conformidad con los hechos que invocaron y a las pretensiones que formularon, los cuales, por ende, constituyeron la materia del debate probatorio y argumentativo”.<sup>9</sup>

Advierte la sala que si bien ciertamente destacó la jueza que no había sido precisa la aseguradora al invocar la cláusula de la cual pretende lucrarse proponiendo tal “excepción”, esto es, haber dado aplicación a la cláusula que cubre reticencias en los amparos de muerte por cualquier causa hasta por \$110'000.000, no es menos cierto que también dijo la funcionaria haber verificado el clausulado particular, encontrando el “*Amparo automático con Declaración de asegurabilidad diligenciada que no manifiesten padecer enfermedad, se cubren preexistencia y reticencias*”, al igual que el “**Amparo automático con Declaración de asegurabilidad diligenciada que manifiesten no padecer enfermedad**”, y la notación “**(1)**” “*Declaración de asegurabilidad, se cubren preexistencias y reticencias hasta \$110.000.000*”. Asimismo, puso de presente lo pactado en la cláusula 9, *condiciones de asegurabilidad*”, cuyo numeral 9.1 estableció “**AUTOMATICIDAD SIN CONDICIONES Valores asegurados menores o iguales a \$110.000.000 edad hasta 70 años más 364 días**”.

---

<sup>9</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC2407-2024 de 26 de septiembre de 2024. Radicación nro. 76001-31-03-007-2016-00324-01. MP Octavio Augusto Tejeiro Duque.

De modo que al decidir sobre esa específica defensa la *a quo* no incurrió en incongruencia, porque en efecto fue planteada por la demandada invocando una cláusula contractual que, aunque en verdad no esté señalizada con el número 10 sino con el 9, eso establece, amén de que la misma demandante admite desde su libelo genitor del proceso, que por virtud de ese pago efectuado por el asegurador al Banco, el saldo de la obligación, a partir del fallecimiento del deudor, se redujo en la suma indicada.

Pero también hay que admitir que estrictamente no constituye la así alegada una verdadera excepción, pues tienen tal naturaleza los hechos opuestos a los que sirven de fundamento a las pretensiones y, por lo mismo se orientan a enervarla. Y en verdad esa suma a que se refiere la susodicha defensa como abonada por la aseguradora al Banco desde la reclamación que le hicieron los interesados, acaecido el fallecimiento del deudor, no hace parte de las pretensiones formuladas en la demanda génesis de este proceso, pues aquí lo reclamado es el excedente de esa suma. Y no admite discusión que siendo la excepción una herramienta para enervar la pretensión, mal pudiera el específico hecho al respecto informado constituir una verdadera excepción frente a una pretensión que, como la formulada en la demanda, reclama solo el excedente, no lo ya abonado por el asegurador al Banco desde el fallecimiento del deudor.

Los otros dos reproches del apelante se plantean, en su orden, como “Indebida valoración probatoria” e “Indebida valoración del contrato”, y ambos, en lo medular, apuntan a reprochar el alcance dado por la *a quo* a la cláusula 9.1 del contrato. Argumenta el apelante que la “excepción” que el juzgado declaró

probada se fundamenta en una cláusula contractual que no soporta aquella porque ni siquiera es aplicable al caso concreto. Dicha estipulación es la 9.1 referida a la “*Automaticidad sin condiciones*”, en la que se indica que “**para los valores asegurados menores o iguales a \$110.000.000 edad hasta 70 años más 364 días, el cliente debe diligenciar la solicitud de Seguro y/o Declaración de Asegurabilidad**”.

Afirma que tal cláusula aplica para pólizas de seguro que cubren valores menores o iguales a 110 millones, y en el presente caso, el contrato se celebró para asegurar una suma por encima de aquella, de allí que no fuera aplicable. Según el certificado aportado por la parte actora, el valor asegurado con la póliza GRD404 fue de \$500.000.000 para la vigencia 2021-2022 y de \$360.379.707 para la vigencia 2022-2023.

Conviene para mayor claridad transcribir la referida cláusula, cuyo tenor es como sigue:

**“9. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

**9.1 AUTOMATICIDAD SIN CONDICIONES** *Valores asegurados menores o iguales a \$110.000.000 edad hasta 70 años más 364 días.*

*El Cliente debe diligenciar:*

- *Solicitud de Seguro y/o Declaración de Asegurabilidad*

*Observaciones:*

- *No aplica exclusiones por salud.*
- *La solicitud de seguro y/o Declaración de Asegurabilidad se custodian en la carpeta del Cliente en el Banco y será suministrada en el momento en que la aseguradora lo requiera.*
- *Se concede Amparo Automático cubriendo Reticencias y Preexistencias tanto para el Amparo de Vida como para el Amparo de Incapacidad Total y Permanente, para las personas que contraigan deudas en uno o varios créditos hasta un tope de \$110.000.000 y edad hasta 70 años*

más 364 días. Se aclara que la Condición aplica aun cuando el monto del desembolso sea mayor a \$110.000.000, caso en el cual quedan amparados automáticamente los primeros \$110.000.000 y se destina solo para saldo de deuda, es decir, no aplica para pagos de excedentes a beneficiarios”.

Lo resaltado deja sin piso el argumento del recurrente en el sentido de ser inaplicable dicha cláusula al caso que se examina, y fue justamente en virtud de ella que el asegurador ante la reclamación que le formularan los interesados luego del fallecimiento del deudor asegurado, pagó al banco para ser abonados al saldo de la deuda la suma de \$110'000.000.

Pero en verdad sí brota una confusión de la funcionaria, pues es muy claro para la sala que al proponer esa puntual defensa la demandada plantea que esa fue la única obligación que surgió a su cargo y de buena fe la satisfizo, precisamente porque entendió que conforme a la literalidad de la cláusula, hasta dicha suma el amparo era automático, cubriendo por ende reticencias y preexistencias, pero en cuanto al excedente -que es lo reclamado en este proceso- objetó en su momento la reclamación extraprocesal de los interesados, y al contestar la demanda excepcionó la nulidad del contrato por reticencia en la declaración de asegurabilidad. Y esa confusión de la jueza se hace patente, porque habiendo despachado negativamente esta última excepción, so pretexto de que conforme a la cláusula 15.9.1 las partes condicionaron la aplicación de las sanciones previstas por los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. a la existencia de relación directa o indirecta entre la enfermedad omitida y la que produce la muerte, lo que no encontró acreditado en el proceso -y habiendo considerado que el accionante sí estaba legitimado en la causa-, otra debería ser la decisión.

Sin embargo la *a quo* terminó concluyendo que en la cláusula 9.1, transcrita en párrafos precedentes, para el caso de reticencia, las partes pactaron una sanción diversa a la nulidad relativa, consistente en un límite del monto a reconocer frente al banco beneficiario, de \$110.000.000, suma que fue reconocida en favor de Banco de Occidente, con lo que se entiende cumplido a cabalidad el contrato de seguro y sin que sea posible solicitar un monto superior al que expresamente acordaron los contratantes para eventos en los que, como en este caso, se faltó a la verdad sobre el estado del riesgo. Ello tras haber indicado que para algunos se requiere relación de causalidad entre la información omitida y el siniestro, en cambio para otros no, lo que estimó superado con la cláusula 15.9.1 del contrato, conforme a la cual se estipuló que solo se aplicarían las sanciones previstas por los artículos 1058 y 1158 del C. de Co., de haber relación de causalidad entre la omisión y el siniestro, lo que aquí no estimó acreditado.

Emerge entonces la equivocada interpretación de la referida cláusula 9.1 que, básicamente establece un tope hasta el cual no aplican reticencias ni preexistencias. Pero no se puede colegir de aquí que esta previsión contractual suplanta la sanción de nulidad relativa prevista por el artículo 1058 del Código de Comercio para los casos de reticencia en la declaración del estado del riesgo.

Lo visto impone a la sala el deber de pronunciarse sobre la excepción de nulidad por reticencia, para lo cual ha de partirse del carácter imperativo y por lo mismo INMODIFICABLE por

convención de los contratantes, de los incisos primero, segundo y cuarto del artículo 1058 del C. de Co., según lo prescribe el artículo 1162 *ibidem*, lo que torna ineficaz la cláusula 15.9.1 del contrato, aducida por la señora juez para concluir que se requiere relación de causalidad entre la enfermedad omitida en la declaración de asegurabilidad y el fallecimiento del asegurado, exigencia no prevista por el legislador, como brota de la sola lectura del precepto que, en lo pertinente, esto reza:

*“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.*

*Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*

*(...)*

*Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”.*

Como fácilmente se advierte, no solo el primer inciso que establece la sanción de nulidad relativa por el hecho de faltar a la verdad en la declaración del estado del riesgo, no la condiciona a que exista relación causal entre este último y la información omitida por el tomador, sino que el cuarto inciso se ocupa de señalar en qué eventos no aplica la sanción que esa norma prevé, limitándolos al conocimiento que hubiese tenido o debido tener el asegurador, antes de celebrarse el contrato, de los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración; y, el

evento de si ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Es que la sanción allí consagrada se explica y justifica porque toca con el consentimiento del asegurador, quien lo otorga atenido a la declaración del estado del riesgo que hace el tomador, consentimiento que, si de esa manera estuvo viciado, vicia el contrato mismo, independientemente de que haya o no relación de causalidad entre la información omitida y el acaecimiento del siniestro.

Porque son así las cosas, al asegurador no le está vedado demandar la nulidad del contrato antes de que ocurra el siniestro, perfectamente puede hacerlo desde el momento en que se entere de la omisión del asegurado en la declaración del estado del riesgo, pues de no hacerlo, podría entenderse que se allanó a subsanarla o la aceptó tácitamente, es lo que indica el cuarto inciso de la norma en comento. Y si esto es posible, ¿cómo exigir relación de causalidad entre la omisión y un siniestro que no hubiere ocurrido?

Por eso es que a partir del citado precepto se califica el de seguro como un contrato de “*uberrimae bona fidei*”, según lo destaca la jurisprudencia más especializada:

*“En el contrato de seguro, huelgan raciocinios prolijos para sustentar tan universal y pacífico aserto, se torna medular la declaración del estado del riesgo (art. 1058 C. de Co.), entendida latu sensu, como uno de los más resonantes deberes impuestos al tomador (*in potentia*) que, circunscrito a la esfera precontractual, su escenario natural, permite al asegurador conocer, de primera mano, los pormenores atinentes al riesgo, ‘materia prima del seguro’ y, por contera, uno de sus elementos*

*genéticos de mayor grandilocuencia, a la vez que relevancia funcional en el marco del desenvolvimiento de la relación asegurativa (arts. 1037, 1045 y 1054 del C. de Co.).*

*El cometido de la declaración en cita, luce inobjetable, puesto que finca en permitir que la entidad aseguradora, oportuna, reflexiva y suficientemente, pueda valorar la conveniencia de ‘asumir el riesgo’ o, por el contrario, de abstenerse de hacerlo - inhibición contractual (art. 1055, C. de Co.) -, en un todo de acuerdo con lo disciplinado por los cánones técnicos jurídicos y financieros que gobiernan la materia, los cuales, contrastados con la información suministrada (declaración de ciencia), le otorgarán los elementos de juicio necesarios para obrar con arreglo a su libertad contractual, genuina manifestación de la autonomía privada, máxime cuando ella ocupa el ‘rol’ de destinataria del deber en cuestión, consustancial a su calidad de desinformada -y por tanto pasible de tutela iuris -, dado que es el futuro tomador el que, por regla, está en condiciones de hacer cognoscible lo que la sociedad aseguradora desconoce acerca de su estado, en general.*

*(...)*

*“...Todo ello justifica, en demasía, no sólo la consagración positiva en el derecho nacional del referido deber informativo (o carga, stricto sensu), como se indicó de penetrante valía, sino también la adopción de un severo régimen sancionatorio, para el evento de que el futuro tomador lo pretermita, en muestra de inequívoco resquebrajamiento del axial principio de la buena fe, piedra angular de los negocios de confianza, como lo es el seguro, por anonomasia, sin perjuicio de eventuales investigaciones o inspecciones que, motu proprio, efectúe la entidad aseguradora - facultativamente -, para mejor proveer, si así lo estima aconsejable (art. 1048 C. de Co.), ya que, en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-”.*<sup>10</sup>

En el caso a estudio, ninguna duda queda de que el asegurado faltó a la verdad al omitir en su declaración de asegurabilidad enfermedades preexistentes, e incluso negar puntualmente algunas por las que fue inquirido, como la hipertensión y la diabetes mellitus, lo que incluso narra la misma sentencia, y de las cuales da cuenta su historia clínica, desde varios años antes de su declaración de asegurabilidad.

---

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001. Ref. Expediente nro. 6146. MP Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

En efecto, como se lee en tal documento, a las preguntas concretas si sufría o había sufrido “*enfermedades congénitas, cardíacas, vasculares, renales, neurológicas, psiquiátricas, pulmonares, trastornos inmunológicos, HIV-SIDA, hipertensión arterial de cualquier grado, cáncer, tumores, cirrosis, diabetes o hiperglicemia de cualquier grado*”, el declarante emitió respuesta negativa, lo que contrasta con su propia historia clínica que da cuenta de padecerlas desde varios años atrás.

Se impone entonces, acatando lo dispuesto por el citado artículo 282 del C.G.P., revocar la sentencia en tanto declara la “excepción” de “cumplimiento contractual”, para en su lugar declarar la nulidad del contrato de seguro por reticencia del asegurado en la declaración del estado del riesgo. De suerte que es esta la razón para negar las pretensiones.

En mérito de lo expuesto, la Sala Cuarta de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

## **FALLA**

**PRIMERO: REVOCA** el numeral primero de la sentencia apelada en tanto declaró probada la “excepción” de “cumplimiento contractual”, para en su lugar **DECLARAR** la **NULIDAD POR RETICENCIA** del contrato de seguro. En lo demás se **CONFIRMA**.

**SEGUNDO: SIN CONDENA** en costas en esta instancia comoquiera que no aparecen causadas.

*(Discutido y aprobado en sesión de la fecha)*

**NOTIFÍQUESE**

**PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA  
MAGISTRADA**

*(Con salvamento de voto)*  
**BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA  
MAGISTRADO**

**JULIÁN VALENCIA CASTAÑO  
MAGISTRADO**

**Firmado Por:**

**Piedad Cecilia Velez Gaviria  
Magistrada  
Sala 002 Civil  
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

**Benjamin De Jesus Yepes Puerta  
Magistrado  
Sala Civil  
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

**Firma Con Salvamento De Voto**

**Julian Valencia Castaño**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala 010 Civil**  
**Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

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:

**18201f1198c01c307fef3c9688fbc148c4e5e67998f7744392**

**1888776e016f1**

Documento generado en 29/10/2025 02:20:25 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico  
en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
TRIBUNAL SUPERIOR  
DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN  
SALA CIVIL**

**SALVAMENTO DE VOTO**

**Benjamin de J. Yepes Puerta**

<b>Lugar y fecha</b>	Medellín, veintinueve (29) de octubre de dos mil veinticinco (2025)
<b>Proceso</b>	Verbal – Responsabilidad civil contractual
<b>Radicado</b>	05001310301320230038701
<b>Demandante</b>	Reino Familiar S.A.S.
<b>Demandado</b>	Seguros de Vida Alfa S.A.
<b>M. Ponente</b>	Piedad Cecilia Vélez Gaviria

Con la consideración de siempre con los demás integrantes de la sala, me aparto de la decisión mayoritaria. Los argumentos axiales que cimentaron la revocatoria fueron, entre otros, la falta de legitimación en la causa por activa y la configuración de nulidad relativa por reticencia. La decisión que debió adoptarse era la confirmación íntegra del fallo de primera instancia, esto es, la denegatoria de las pretensiones por haberse configurado el medio exceptivo de “*cumplimiento de las obligaciones a cargo de la aseguradora*”.

No debe concluirse que (I) la actora no estaba legitimada en la causa debido a que *un mismo hecho, el fallecimiento del deudor en casos como este, es decir, mediando un seguro de vida grupo deudores, produce, de un lado, la delación de la herencia por cuya virtud se conforma una universalidad patrimonial -integrada por sus derechos y obligaciones transmisibles-, que en el acto se transfiere a los herederos; y del otro, el surgimiento del saldo de*

*la obligación en cabeza de la compañía aseguradora. Y que gracias al seguro de vida grupo deudores, cuando el deudor se convirtió en “causante” dejó de tener aquella calidad porque el saldo de la deuda se radicó en el acto en cabeza del asegurador. De ahí que la alegada adjudicación de “la deuda” en la liquidación de la herencia del causante, no determina un interés legítimo en la sociedad demandante para elevar las pretensiones contenidas en el libelo de demanda. Sino que, en cambio, debieron tenerse en cuenta los siguientes hechos que edifican en ella un interés serio y actual en la relación sustancial que demanda, suficiente para reunir los presupuestos materiales y, por ende, para que se profiera un fallo de fondo:*

- El Banco de Occidente continuó expidiendo cobros mensuales -no a la aseguradora- y recibiendo el pago de la obligación dineraria con posterioridad a la muerte de Bernardo, inclusive, más de un año después del fallecimiento<sup>1</sup>.
- Tanto el Banco tomador como la compañía aseguradora demandada declararon hacer parte del mismo grupo empresarial, con situación de control radicado en la persona natural matriz Luis Carlos Sarmiento Angulo<sup>2</sup>.

Sostener que, dados los intríngulis del convenio, según el cual el único beneficiario del seguro es la entidad bancaria -quien siguió exigiendo el cobro a su deudor-asegurado- y que solo en ella reposa el interés para exigir el pago a la aseguradora, y con base en ello indicar que no existe interés alguno en el tercero que paga

---

<sup>1</sup> [007Subsanacion.pdf](#) / A partir de la página 131.

<sup>2</sup> [004Anexos.pdf](#) / Páginas 80 a 82.

para exigir de aquel con el débito el reembolso de lo que le correspondía, sería desconocer la base misma de buena fe de la relación contractual. Lo que se sostiene es que, cuando menos, aquel tercero está legitimado para acudir a la jurisdicción y que se le resuelva de fondo su pedimento de reembolso, y no que se instrumentalice la figura jurídica para que, cuando convenga, incluirlo directamente en la relación sustancial y exigirle el pago de la prima y de las cuotas dinerarias, pero, cuando sea inconveniente, excluirlo de esta injustamente bajo la égida de que hizo mal en pagar, y que lo mandatorio era que aguardara a que el banco cobrase a la aseguradora sin importar que estuviera siendo mensualmente requerido para el pago. Argüir que esta última era la conducta debida de las herederas o del tercero pagador, sería omitir la existencia y funcionamiento del indefectible conglomerado económico global del que hacen parte ambas sociedades, naturalmente impulsadas por el ánimo de conservación del patrimonio, y no por la disputa al interior de la unidad.

Se desconoce, por el texto mismo, la conformación negocial que se produce en la realidad, y que sitúa al tercero en la indefensión gravosa de que los convenios que celebró no resulten en la función social para los cuales fueron contratados. Aprisionado por la necesidad de pago, pero respondido por la injusticia de que su pago no es commutativo, y poco y nada le es recíproco. En verdad, aquel está inmerso en un típico caso de coligación contractual, en el que el *dominus negotii* está en cabeza del banco, con apoyo de la aseguradora.

Este entendimiento, a favor de la necesaria legitimación en la causa del tercero pagador en un caso como el que nos ocupa, más allá de las razones lógicas de los fines para los cuales se adquiere un seguro, fundó el salvamento de voto del exmagistrado Luis Armando Tolosa Villabona a la sentencia SC5698-2021, en el que además se remoraron los antecedentes jurisprudenciales *en relación con la legitimación (o el interés para obrar) que puedan tener los causahabientes del deudor fallecido o las personas que resultan afectadas ante la negativa de la aseguradora de hacer efectivo el amparo*, y que debió ser acogido en un sentido similar en la decisión mayoritaria de la que me aparto:

*“(...) Disiento, como ya lo adelanté, pues aceptar la postura de la improcedencia de la subrogación en la materia asegurática cuando fallece el deudor del crédito, y sus herederos, cónyuge o compañero, o bien, un tercero, obran en condición de tercero - pagador-solvens, con respecto a ese crédito o a los saldos insoluto dejados de pagar, constituye juicio valorativo que riñe frente a la estructura del C.C. y las finalidades del seguro. Ese criterio desconoce numerosos preceptos legales y constitucionales, la buena fe, la equidad y la justicia, pero también la función del contrato de seguro.*

*Si la vida misma del deudor o el contrato de mutuo con ocasión de ese mutuo están asegurados, y por virtud de ese convenio de seguro corresponde a la aseguradora pagar el siniestro por haberse operado la condición o el hecho futuro a que se contrae el negocio jurídico, no hay razón de justicia para permitir que el sistema asegurativo burle y deshonre el propio contrato.*

*La posición de los dos integrantes del sistema financiero, Banco y Aseguradora, pugna frente al ordenamiento jurídico, ante la lógica y al sentido común; frente a la esencia misma de los códigos, frente a principios, valores y derechos fundamentales, porque hay una fraudulenta y torticera connivencia entre el Banco acreedor del deudor y la Aseguradora del crédito o del suceso del fallecimiento del deudor, puesto que el primero no le cobra a la segunda, ni la segunda le paga al primero, la prestación asegurada, y cuyas primas aseguráticas, muy por el contrario si se le venían exigiendo al deudor fallecido.*

*De contrapartida, en lugar de cumplir cuanto contractualmente deben honrar, la emprenden en contra de la cónyuge, compañera o herederos*

del fallecido. Y si estos pagan el crédito debido o el saldo insoluto adeudado; o si lo hace un tercero, actuando todos o cualquiera de ellos, en calidad de tercero-pagador-solvens, porque a ninguno de los que deben hacerlo, les vino en gana hacerlo, para conservar a salvo sus propios activos, no hay razón de justicia para decir, que no hay subrogación. Ello es un despropósito.

No hay porqué amparar la injusticia, si el propio Código y la Constitución en las reglas 1668 del C.C. y 83 de la C. N. y sino en los principios, remedian ese atropello. Cuando un heredero, cónyuge o tercero, pagan en nombre de la renuente y artifiosa aseguradora, se levanta erguido el instituto de la subrogación y, sino, pues el enriquecimiento incausado se despunta justiciero, contra quienes en la premisa económica se asocian en silencio para, tras incumplir la propia relación contractual, esquilmar el patrimonio de los herederos, cónyuge o terceros cuando pagan una prestación que por el hecho del fallecimiento del deudor, no les corresponde.

*Si el banco es el dominus negotii; porque tiene el capital que va a ser mutuado, y en tal condición, impone a su cliente las condiciones del contrato, y del mismo modo, de manera unilateral la contratación del seguro; si es quien ostenta el interés asegurable; es el beneficiario del seguro y, finalmente, es quien gana comisiones por la colocación de las pólizas, entonces, lo menos que puede esperarse de esa ventajosa condición que le apareja innegables ganancias económicas, es que asuma las obligaciones precontractuales y contractuales que dicha posición le acarrea, entre ellas la de responder por los deberes que tiene como tomador, actuar de buena fe y coherentemente con sus propios actos, declarar al asegurador la información que esté a su disposición y que resulta trascendental para la perfección del contrato, y evitar causar perjuicios a sus clientes con su descuido o negligencia.*

(...) En efecto, en esa concurrencia contractual, se pueden identificar, por lo menos, los siguientes:

i) Un contrato de mutuo entre el banco y el deudor, que es el que da origen a todos los demás convenios. De él dimanan otros convenios. El banco impone, por ejemplo, el de seguro a su cliente como condición para el otorgamiento del crédito, a fin de garantizar el recaudo del dinero prestado ante el evento incierto de la muerte del deudor, en cuyo caso la aseguradora pagará al banco el saldo de la deuda;

ii) Un contrato de seguro entre la compañía aseguradora y el banco-tomador, el cual nace ligado al mutuo por el propósito económico que se acaba de explicar, y donde la entidad financiera asume las obligaciones que, en calidad de tomador, le impone el artículo 1041 del Código de Comercio.

(...) En estos casos la póliza está vinculada a la concesión de un préstamo en el que el riesgo asegurable recae en la vida del deudor, por lo cual, no nos hallamos frente a una relación negocial única sino frente a una hipótesis típica de contratos vinculados o conexos, cuyo entorno

*obligacional ha de analizarse en razón de la operación económica vista en conjunto. La trascendencia de esta situación radica en que el banco, como dominus negoti, dirige todo el sistema contractual y, por tanto, reasume las obligaciones que haya podido desplazar a cargo de la aseguradora, como quiera que... es quien, impone la celebración de un seguro del cual, es el principal interesado y beneficiario. Si esa es la estructura dentro de la cual emergió el seguro de vida grupo deudor, donde está involucrada la viuda pagadora, no puede la judicatura afectar a la parte débil, usuaria del sistema, revictimizarla frente al entramado contractual, donde los únicos ganadores con apoyo en su propio incumplimiento contractual son quienes realmente debían cumplir la prestación (...).*

Cosa bien distinta es que la decisión de fondo deba ser desestimatoria de la pretensión, dado que el material probatorio demostró que la aseguradora dio cumplimiento a sus obligaciones. Pero en todo caso, si el razonamiento mayoritario era ese, no hallo razones -aunque en la ponencia se hubiesen expuesto con base en el artículo 282 del C.G.P- para proceder con la evaluación de si otra excepción de mérito podría dar al traste con la pretensión, puesto que recién se había explicado no solo que no se reunían los presupuestos axiológicos de la pretensión, sino, principalmente, que ni siquiera se habían reunido los presupuestos materiales.

En tal escenario, no había lugar entonces a evaluar la configuración de excepciones de mérito, más allá de lo que señala el inciso 4º de esa norma invocada, pues si la legitimación es un presupuesto material de la sentencia de fondo, cuyo control, como bien reconoce la ponencia, es oficioso, y no se satisface, no importa que ello quede demostrado apenas en la segunda instancia, NO hay lugar a evaluar la pretensión y menos las excepciones. En esa línea de pensamiento nuestra sala ha proferido sentencias con acuerdo pleno, sin salvamento ni

aclaración de voto<sup>34</sup>. No advierto motivo por el cual en este específico caso deba ser diferente.

No obstante, la evaluación se surtió, y en ella se profundizó en la naturaleza inmodificable de los incisos 1°, 2° y 4° del artículo 1058 del Código de Comercio y en la consecuente ineficacia de las disposiciones contractuales que sobre la sanción de reticencia hagan las partes. Punto neurálgico sobre el que también disiento.

Lo que se omite en la ponencia es que las cláusulas de las condiciones particulares en modo alguno modificaron el artículo 1058 citado, ni variaron las consecuencias aplicables o los supuestos de hecho que dan pie a las mismas. Tuvieron por objeto, léase bien, hacer explícito y clarificar la aplicación de tales consecuencias; en específico, (inciso 1°) (I) cuáles hechos hubieren retraído al asegurador de celebrar el contrato, o lo hubieren inducido a pactar condiciones más onerosas, y (inciso 4°) (II) la inaplicación de la sanción por reticencia a partir de la aceptación expresa de los vicios sobre los que versó la declaración, tal como lo autoriza el canon.

Conviene partir de que el canon en referencia no puede, como casi ninguno, acoger el espectro total de las posibles conductas humanas, y que no por su carácter inmodificable en cuanto a supuestos de hecho y consecuencias jurídicas, le está vedado a las partes subsumir la norma a su caso en particular, en aras favorecer la claridad del convenio y, de suyo, su ejecución satisfactoria. Es que nótese que el inciso 1° impone la nulidad

---

<sup>3</sup> Sentencia Nro. 014 del 3 de abril de 2025. Radicado 05001310300120200009701.

<sup>4</sup> Sentencia Nro. 041 del 27 de agosto de 2024. Radicado 05001310301220210008301.

relativa cuando exista reticencia sobre hechos que hubieren retraído al asegurador de celebrar el contrato, de modo que la norma no contempla que, *per se*, cualquier reticencia conlleve a la nulidad relativa, sino la que se dé sobre hechos que impliquen variación en la voluntad contractual de la compañía.

Pues bien, nadie mejor que ella misma para plasmar en el convenio cuáles son las circunstancias que agravarían el riesgo particularmente asegurado. En el *sub judice*, la compañía pactó la aplicación de *un principio de causalidad* para la determinación de cuáles eran las reticencias o inexactitudes que daban pie a la nulidad relativa, en tanto únicamente las circunstancias omitidas que tuvieran relación causal con el siniestro constitúian los hechos que la hubiesen retraído a celebrar el contrato o a imponer condiciones más onerosas. Lo que traduce es que su consentimiento no hubiese variado un ápice si, por ejemplo, el asegurado moría en un accidente de tránsito y omitió declarar que padecía diabetes. Claro que, valga decirlo, el ánimo de la aseguradora era favorecer al banco, quien es su par al interior del grupo empresarial, haciendo explícito que se procuraba la recuperación de la cartera por parte de este, explicitud en cuanto a la relación causal que no se ve casi nunca en los demás contratos de seguro que celebra:

#### **15.9.1. PRINCIPIO DE CAUSALIDAD**

En caso de Inexactitud o Reticencia del asegurado en la Declaración de Asegurabilidad, la Aseguradora solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio y Concordantes, si la o las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que incurrió el Asegurado.

**Nota:** Este beneficio pretende que el Banco recupere parte de su cartera y no se vea afectado ante las consecuencias del veto indemnizatorio en el evento de una reticencia por parte del Deudor. Esta Cláusula se otorga exclusivamente sobre el saldo insoluto de la deuda.

A la clarificación particular del negocio jurídico, se sabe, no es a lo que apunta la ley, pues su naturaleza es general y abstracta, de modo que la cláusula es eficaz.

Por su parte, el inciso 4º diáfanaamente consagra que la nulidad relativa por reticencia será inaplicable si, ya celebrado el contrato, el *asegurador acepta expresa o tácitamente (...) los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración*. Acá, la mayoría omitió que en el mismo acto de perfeccionamiento del negocio la aseguradora expresamente decidió conceder *amparo automático cubriendo reticencias y preexistencias* hasta los \$110.000.000, o cuando menos inadvirtió las consecuencias de tal pacto. En modo alguno se avizora modificación de la norma si no, por el contrario, su transparente aplicación mediante la aceptación expresa de los vicios. Mal podría pensarse que se modificó la sanción si en un caso como estos, de asunción expresa, precisamente el legislador planteó la inaplicación de la sanción.

En últimas, la norma sí clama por la autonomía de la voluntad privada y por la disposición autónoma de la aseguradora sobre qué riesgos decidirá cobijar a pesar de reticencias e inexactitudes, pues solo ella se verá afectada con tales al otorgar su consentimiento, en lo que sí profundiza la ponencia; y allí -en la ponencia-, en lugar de considerar eso de cara a que ella puede clarificar que solo los vicios con relación causal al siniestro hubiesen modificado o retraído el contrato, o que expresamente decide asumirlos para amparar el riesgo hasta determinado monto, se plasma la infortunada idea de que ninguna cláusula

que tenga por fin subsumir la aplicación de las sanciones del artículo 1058 al negocio concreto podrá gozar de eficacia.

De este modo dejo sentados los motivos de mi disentimiento.

(Firmado electrónicamente)

**BENJAMIN DE J. YEPES PUERTA**

**Magistrado**

Firmado Por:

**Benjamin De Jesus Yepes Puerta**

Magistrado

Sala Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

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: **5f68769b682e8f12c83833cb44677a9fbf4852b4a5f1380bf2b175f305b7b13a**  
Documento generado en 29/10/2025 03:20:42 PM

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