



REPUBLICA DE COLOMBIA

## **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA**

Bucaramanga, veinticinco (25) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

### **SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA EXPEDIENTE NÚM. 2017-703-01**

Procede el Despacho a dictar la sentencia escrita de segunda instancia a fin de resolver el recurso de apelación propuesto por la parte demandada contra la sentencia oral de fecha 18 de septiembre de 2020, proferida por el JUZGADO TRECE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA dentro del proceso verbal de RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL (PAGO SEGURO DE VIDA GRUPO) promovido por CARLOS SAUL DUARTE RUEDA contra AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.; atendiendo a lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 806 del 04 de Junio de 2020, en concordancia con el artículo 280 del C.G.P, después de observar que no se encuentra vicio alguno capaz de conllevar a nulidad lo actuado, y que además se encuentran reunidos los presupuestos procesales y las partes legitimadas en la causa.

#### **HECHOS Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Se destacan como hechos relevantes expresados en la demanda, los siguientes:

Que el día 17 de febrero de 2017, el señor CARLOS SAUL DUARTE RUEDA ingresó a urgencias de la clínica FOSCAL por remisión de medicina general por ictericia d origen obstructivo, posteriormente el día 28 de febrero se le ordenó cirugía por reporte de patología que evidencia adenocarcinoma infiltrante de tipo intestinal, la cual se le realizó el 01 de marzo de 2017, siendo diagnosticado con TUMOR MALIGNO METASASICO (CANCER).

Que en fecha 24 de junio de 2017 se dictaminó la pérdida de capacidad laboral en porcentaje del 52,6%, resultando una incapacidad permanente por invalidez.

Que la enfermedad anterior le generó al demandante incapacidades y la imposibilidad de ejercer sus actividades laborales, por lo cual en fecha 30 de mayo de 2017 se solicitó a la demandada el pago del SEGURO DE VIDA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE correspondiente a la póliza seguro de vida grupo No. 11000 certificado individual 7851815 por la suma

de CIEN MILLONES DE PESOS, la cual fue negada por la aseguradora demandada.

Por los hechos anteriores, solicita la parte actora, se condene a la demandada al pago del valor contratado en el seguro de vida grupo No. 11000 certificado individual 7851815, en la suma de CIEN MILLONES PESOS, junto a los intereses moratorios desde el 14 de febrero de 2017, y al pago de las costas procesales.

### **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

Una vez notificado en debida forma, contestó la demanda dentro del término de traslado, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones y planteando las excepciones de mérito que denominó NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA e INEXISTENCIA Y FALTA DE ACREDITACIÓN DEL SINIESTRO.

Como fundamento de la oposición y de las excepciones, expresa que es cierta la existencia de la póliza seguro de vida grupo No. 11000 certificado individual 7851815, y la reclamación del pago de la misma en fecha 30 de mayo de 2017. Pero la misma fue objetada en fecha 13 de julio de 2017, como quiera que el señor CARLOS SAUL DUARTE RUEDA omitió informar al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad que le habían diagnosticado trastorno de ansiedad y depresión, frente al cual estaba en tratamiento siquiátrico con tres años de evolución tomando como medicamento Imipramina de 75 MGH, lo cual genera la nulidad relativa del contrato de seguros, al tenor del artículo 1058 del Código de Comercio.

Que adicional a lo anterior, pese a que el asegurado es menor de 70 años y la incapacidad se manifestó en vigencia del contrato, no se tiene prueba que las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales sean incurables ni que las mismas impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual o cualquier otra actividad remunerativa, además que la incapacidad no ha sido verificada por un medico designado por la demandada.

### **SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**

En audiencia oral celebrada el día 18 de septiembre de 2020, el JUZGADO TRECE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA profirió sentencia condenatoria, declarando no probadas las excepciones de mérito planteadas por la demandada AXA COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., y condenándola al pago del monto asegurado en la POLIZA DE SEGURO DE VIDA Grupo No. 11000 y numero de certificado individual 7851815 de fecha 12 de noviembre de 2016 y que corresponde a la suma de \$100.000.000. oo más los intereses moratorios liquidados conforme los certificados por la superintendencia financiera desde la fecha de reclamación en que se le negó la cobertura de esta póliza por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS AXA COLPATRIA S.A. esto es desde el 13 de julio de 2017. De igual forma se le condenó al pago de las costas procesales.

Como argumentos principales de su decisión, argumentó el A quo:

*Sin embargo la línea jurisprudencial de la CSJ inclusive de la CC ha determinado que la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como reticencia pues para que esta figura pueda configurarse es necesario que se demuestre la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato de seguro resulte mas oneroso o que la aseguradora desistiera de asumirlo de suerte que corresponde a la aseguradora demostrar el elemento subjetivo de la reticencia esto es la voluntad del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada*  
 (...)

*Y la tercera que es demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado (...) de tal magnitud que pueda cambiar las condiciones del contrato*  
 (...)

*Para la fecha de suscripción de la póliza, el tomador manifestó que se encontraba bien de salud, que no padecía de enfermedad congénitas... dijo que no tenía ninguna situación que pudiera impedir la toma del seguro. En todo eso dice que goza de buena condición de salud. Su estado de salud era normal y así se lo dijo a la aseguradora.*

*(...)*  
*Se concluye: al momento de la celebración del contrato el demandante no conocía su condición del cáncer maligno (...) y si bien es cierto que desde 2015 el señor CARLOS comenzó a presentar síntomas depresivo no fue sino asta el año 2016 17 dos años después que los médicos le diagnosticaron el cáncer (...) era imposible que el tomador del seguro conociera su enfermedad y la gravedad de esta*  
 (...)

*Para que se configura la reticencia es necesario que la aseguradora pruebe que el tomador del seguro actuó de mala fe y esta actuación no era otra que demostrar que la voluntad del señor CARLOS iba dirigida a defraudar a la aseguradora y que el ocultamiento de su enfermedad sería tan grave que fue lo que le produjo la discapacidad o la PCL y con posterioridad la muerte.*

*(...)*  
*es mas, cuando el señor toma el seguro el 12 de noviembre de 2016 él consideró para esa época que el trastorno de depresión y angustia que padecía no era una enfermedad grave que tuviera que consignar para efectos de la n o toma de la póliza y fue el cancer maligno el que le aumentó su incapacidad*

*(...)*  
*Él ocultó una enfermedad que no tiene ningún nexo con la enfermedad principal que fue la que lo incapacitó y lo mató (...) no está demostrado el nexo causal entre una y otra situación el nexo causal que a la suma corresponde a establecer que evidentemente la enfermedad que ocultó fue ocultada amañadamente o*

*caprichosamente para acceder a un seguro. El desconocía la enfermedad principal que sufría.*

*(...)*

*La reticencia como causal de nulidad relativa (...) no puede prosperar y no debe prosperar porque hay ausencia de demostración de ese nexo causal (...) esta última parte la carga de la existencia de acreditación del siniestro es imposible frente a una póliza de seguro de vida de grupo*

#### **REPAROS Y SUSTENTACION DEL RECURSO POR LA PARTE APELANTE**

Oportunamente, la parte accionada, planteó los reparos los reparos contra la sentencia de primera instancia, los cuales fueron posteriormente sustentados de conformidad a lo dispuesto por el artículo 14 del Decreto 806 del 04 de Junio de 2020, que en resumen refiere a lo siguiente:

Que procede la revocatoria de la sentencia de primera instancia toda vez que la reticencia del tomador está plenamente demostrada, lo que imponía al juzgador declarar la nulidad relativa del contrato. En este sentido, se configura un error en la sentencia al exigir que la enfermedad ocultada influyera o fuera causa de la configuración del siniestro, pues dicho requisito no solo no está establecido en el artículo 1058 C.Co. Co., sino que la sala civil de la Corte Suprema de Justicia tiene sentado que no se requiere causalidad entre la reticencia o inexactitud y la ocurrencia del siniestro.

Que de otro lado, se omitió por el juzgador analizar los elementos que configuraban el siniestro, pasándolos por alto y ordenando el pago de una indemnización improcedente por falta de acreditación del riesgo asegurado.

Que por último, y en subsidio a lo anterior, deberá tenerse en cuenta que solo sería posible condenar al pago de intereses moratorios desde el momento de la firmeza de la sentencia, pues el actor requirió del proceso para probar su dicho.

#### **TRASLADO DEL RECURSO POR LA NO APELANTE**

Dentro del término legal, la parte actora, se opone a la prosperidad del recurso, por las siguientes razones que se sintetizan:

Que no es procedente la solicitud de la aseguradora de revocar la sentencia toda vez que no se probó la reticencia del tomador, al contrario, quedo demostrado dentro del proceso que el demandante a la fecha en que tomó el seguro, se encontraba bien de salud, declaró su estado real de salud y que la aseguradora no le realizó exámenes médicos y no le exigieron exámenes médicos recientes para probar su real estado de salud. Tal como lo sostiene la Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional al analizar un seguro de vida grupo deudores, afirma que quienes deben probar la reticencia son las aseguradoras, es decir, deben comprobar que el tomador actuó de mala fe al momento de suscribir el contrato de seguro.

Que no es cierto que el Juzgador omitió analizar los elementos que configuraban el siniestro puesto que quedó demostrado que mi representado cumplió con todas las disposiciones para afectar el amparo solicitado.

Que frente a la petición del pago de la condena de intereses moratorios debe ser conforme a lo Resuelto por el Juez de Primera instancia esto es desde que se negó la reclamación esto es desde el 13 de Julio de 2017 hasta la fecha del pago total y definitivo, lo anterior porque a la aseguradora se le requirió para el pago de siniestro mediante solicitud, luego mediante Conciliación, tener que iniciar el presente proceso para reclamar lo que realmente le corresponde a mi representado y que en vida este no lo pudo disfrutar.

### **CONSIDERACIONES DE SEGUNDA INSTANCIA**

A *prima facie* advierte este Despacho judicial que la decisión del recurso vertical amerita un pronunciamiento de fondo, por cuanto concurren a cabalidad los presupuestos procesales como materiales para proferir sentencia que en derecho corresponda, siendo este Despacho competente para conocer y resolver la instancia; además, no se observa irregularidad o vicio alguno que genere la invalidez de la actuación.

De igual forma la sustentación del recurso se ajusta a lo exigido por el artículo 327 inciso final del C.G.P. *“El apelante deberá sujetar su alegación a desarrollar los argumentos expuestos ante el Juez de primera instancia”*, en concordancia con el artículo 322 numeral 3 inciso 2 que expresa *“El apelante deberá precisar de manera breve los reparos concretos que le hace a la decisión, sobre los cuales versará la sustentación que hará ante el superior”*.

Valga anotar que la competencia de esta instancia se encuentra limitada por el inciso 1º del artículo 328 del C. G, del P., que contempla que *“El Juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos en la ley”*. Por tanto esta instancia sólo se pronunciará respecto de la sustentación que guarde congruencia con los reparos planteados contra la sentencia primigenia.

Así mismo, debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 167 inciso 1º del C. G. del P., que dispone que: *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*. Por tanto, es a la parte apelante a quien le corresponde probar el yerro en que incurrió el a quo, pues el análisis jurídico de la segunda instancia no corresponde a resolver nuevamente el caso pues esa labor ya la realizó la primera instancia. Así que debe ser la parte apelante la que indique de forma concreta y clara, cual fue la equivocación, yerro o incongruencia sustantiva o probatoria del A-quo, de tal modo que pueda el A quem hacer la comparación entre la sentencia y los argumentos del impugnante pues no basta con señalar una mera discrepancia con la sentencia.

Se procede entonces a resolver los reparos planteados contra la sentencia de primer grado por la parte demandada y apelante, para lo cual se considera necesario hacer algunas precisiones con respecto al contrato de seguro, que es aquel por medio del cual una de las partes –tomador-traslada al patrimonio de otra –aseguradora- determinados riesgos que pesan sobre un interés, a cambio de un precio llamado prima; la aseguradora se compromete a pagar la indemnización del perjuicio – dentro del límite asegurado- o la compensación pactada, en el supuesto de los seguros de personas.

En el presente caso, nos hallamos frente a un seguro de personas Seguro Vida Grupo No. 11000 a la cual se vinculó el demandante mediante Certificado No. 78518115, y según quedó acreditado en el proceso, fue suscrita por el tomador en fecha 12 de noviembre de 2016 pero con vigencia a partir del 15 de noviembre de 2016, y que cubre el riesgo de “incapacidad total y permanente”, del cual tanto las partes demandante y demandadas están de acuerdo en la existencia del mismo, y su origen e inicio contractual.

Así que el punto neurálgico del asunto consiste en establecer si se encuentra configurada la reticencia del asegurado y tomador CARLOS SAUL DUARTE RUEDA, que ocasione la nulidad relativa del contrato de seguro, al no manifestar el tomador y asegurado, en su declaración de asegurabilidad, su verdadero estado de salud al momento de tomar la modificación del seguro, en especial por las siguientes enfermedades: i) trastorno de ansiedad, ii) depresión. De igual forma, en caso de no demostrarse la nulidad relativa del contrato, como segundo problema jurídico, corresponde determinar si se configuró el riesgo amparado por la póliza, o por el contrario, la enfermedad o lesión sufrida por el tomador no se encuentra dentro de los riesgos objeto de amparo en el contrato de seguros demandado,

Así las cosas, procederá el Despacho a resolver los reparos contra la sentencia en el mismo orden en que fueron planteados por el apelante, atacando el primero de ellos la sentencia por *“no dar por demostrado estándolo que el señor Carlos Saul Duarte (q.e.p.d.) fue reticente”, “no haber declarado que el contrato de seguro era nulo relativamente por la reticencia”, por “error por estimar que para declarar de nulidad relativa por reticencia, la aseguradora debía demostrar nexos causales entre la enfermedad que se omitió declarar y la que posteriormente ocasionó la incapacidad total y permanente” y por “error al exigir que la aseguradora debe demostrar la mala fe del asegurado en la suscripción de la declaración de asegurabilidad”.*

Al sustentar sus reparos, argumenta el apelante que erró el A quo al manifestar en su sentencia que no se encuentra demostrado que el tomador del seguro señor CARLOS SAUL DUARTE RUEDA hubiere sido reticente al suscribir la declaración de asegurabilidad, pues por el contrario el tomador no manifestó su verdadero estado de salud, es decir, no expuso el verdadero estado del riesgo. E indica el apelante que el A quo se equivocó al señalar que el tomador no estaba obligado a informar que

sufría las enfermedades de trastorno de ansiedad y depresión, y que no le era dable exigir al demandado probar un nexo de causalidad entre la reticencia y la ocurrencia del siniestro.

Desde ya anuncia esta instancia, que asiste razón a la parte apelante en el yerro que inculca a la sentencia, y por ende habrá lugar a la revocatoria de la misma pues del análisis de las pruebas obrantes en el expediente no es posible llegar a la conclusión a la que llegó el A quo conforme a su motivación.

En el presente caso, está demostrado que el señor CARLOS SAUL DUARTE RUEDA suscribió de forma libre y espontánea la declaración de asegurabilidad de la póliza del Contrato de Seguro Vida Grupo No. 11000 a Certificado No. 78518115, allegado por ambas partes, en fecha 12 de Noviembre de 2016. En dicha declaración de asegurabilidad, manifestó el tomador del seguro que: "1. MI ESTADO DE SALUD ES NORMAL, NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES CONGÉNITAS O QUE INCIDAN SOBRE LOS SISTEMAS ORGÁNICOS DEL CUERPO HUMANO. EN LA ACTUALIDAD NO SUFRE DE ENFERMEDADES, AFECCIONES O ADICCIONES QUE REPERCUTAN DIRECTAMENTE SOBRE MI ESTADO DE SALUD (...) NO TENGO PENDIENTES TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (...) 4. LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTOS SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN DESCRITAS, POR TANTO LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS, TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CODIGO DE COMERCIO". (fl. 144). Importante resaltar que en la casilla de la firma del tomador aparece la leyenda: "ASEGURESE DE LEER Y DILIGENCIAR ANTES DE FIRMAR".

También aparece acreditado con la Historia Clínica allegada por la parte demandada al contestar la demanda y obrante a folios 147 y siguientes, que el tomador del seguro CARLOS SAUL DUARTE RUEDA, fue diagnosticado con anterioridad al 05/06/2015 por las patologías de HIPOACUSIA IZQUIERDA, TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, y RINITIS, por las cuales el accionante acudió en diversas ocasiones al servicio médico apareciendo registrada en la historia clínica las consultas de fechas 27/01/2016, 03/02/2016 y 23/08/106, con tratamiento médico permanente y formulación de medicamentos incluso en la consulta del 03/02/2016 se consigna: "viene en tratamiento siquiátrico desde hace tres años tratado con Imipramina de 75 MGH".

La prueba documental anterior no deja duda, contrario a lo resuelto por el A quo, que para el día 12 de noviembre de 2016 en que el demandante suscribió la declaración de asegurabilidad, faltó a la verdad al omitir en su declaración dichas dolencias y enfermedades, sin que pueda afirmarse que de ellas el tomador del seguro no tenía conocimiento pues venía siendo tratado médicamente por lo menos en los últimos tres años. Incluso así lo afirmaron los sucesores procesales cuando confiesan que efectivamente sufría de dichas enfermedades con anterioridad a la suscripción de asegurabilidad.

En este punto también debe precisar el Despacho que incurre en error el A

quo al sostener que “Se concluye: al momento de la celebración del contrato el demandante no conocía su condición del cáncer maligno (...) y si bien es cierto que desde 2015 el señor CARLOS comenzó a presentar síntomas depresivo no fue sino hasta el año 2016 17 dos años después que los médicos le diagnosticaron el cáncer (...) era imposible que el tomador del seguro conociera su enfermedad y la gravedad de esta (...)”, pues el debita o problema jurídico no giraba en torno a la reticencia por la patología de cáncer, que sin lugar a dudas fue diagnosticada con posterioridad a la declaración de asegurabilidad, sino a las patologías de HIPOACUSIA IZQUIERDA, TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, y RINITIS, que sí habían sido diagnosticadas y estaban siendo tratadas médicamente con anterioridad a la suscripción de la misma.

Lo anterior significa que el demandante omitió informar a la aseguradora su verdadero estado de salud y con ello incumplió con lo dispuesto en el artículo 1058 del C. de Cio:

*“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.*

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

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

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

A su vez, dispone el artículo 1158 del C. de Cio.,

*Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.*

Así que por obvias razones, en virtud de las normas anteriores, era indispensable que el tomador del seguro aquí demandante suministrara toda la información verdadera sobre su estado de salud, pues era necesario que la aseguradora conociera la misma para decidir si aceptaba o no la modificación del contrato en cuanto al aumento de la compensación, o si hacía un sobrecosto en la prima, pues la obligación de decir el verdadero estado del riesgo corresponde al tomador. Hecho que inclusive el A quo dio por probado en su motivación al expresar que: *“Para la fecha de suscripción de la póliza, el tomador manifestó que se encontraba bien de salud, que no padecía de enfermedad congénitas... dijo que no tenía ninguna situación que pudiera impedir la toma del seguro. En todo eso dice que goza de buena condición de salud. Su estado de salud era normal y así se lo dijo a la aseguradora.”*, pues más adelante manifestó que: *“es mas, cuando el señor toma el seguro el 12 de noviembre de 2016 él consideró para esa época que el trastorno de depresión y angustia que padecía no era una enfermedad grave que tuviera que consignar para efectos de la no toma de la póliza y fue el cancer maligno el que le aumentó su incapacidad”*

Contrario a lo expuesto por el A quo, la ley no deja en manos del tomador la decisión de calificar o determinar cuáles enfermedades considera graves y cuáles de ellas debe manifestar en su declaración de asegurabilidad, pues la obligación del tomador del seguro es plena: informar todos los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo.

Tampoco es de recibo para esta instancia el argumento expuesto por el A quo en el sentido que debe la aseguradora demandada demostrar *“un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado (...) de tal magnitud que pueda cambiar las condiciones del contrato”*, pues tal como lo acota el apelante en su reparo, no está ello contemplado en la ley, y tampoco hace referencia el señor Juez de primera instancia a su soporte normativo y/o jurisprudencial para exigir dicha carga probatoria a la parte accionada.

Por el contrario, si bien puede ser cierto que las enfermedades ocultadas por el tomador no guarden relación con la patología por la que finalmente fue declarado en invalidez, no es cierto que deba existir nexo de causalidad entre la reticencia y la configuración del riesgo, pues se itera, los artículos 1058 y 1158 del C. de Co, exigen al tomador del seguro, expresas, manifestar, informar, todos *“los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo”*.

Finalmente, se equivoca también el A quo al exigir la prueba que *“la enfermedad que ocultó fue ocultada amañadamente o caprichosamente para acceder a un seguro”*, pues está confundiendo la mala fe, que en este caso está acreditada al probarse la reticencia u ocultamiento del verdadero estado del riesgo, con el dolo o intención voluntaria de engañar, pues dicho presupuesto no lo contempla la norma. Basta la aseguradora probar la omisión, falsedad en la información, que contraría la verdad de los hechos, para que de este modo se acredite la reticencia

y se generen los efectos jurídicos de los artículos 1058 y 1158 del C. de Co.

Frente a este tema, en Sentencia del 30 de Noviembre de 2015, del H. Tribunal Superior de este Distrito Judicial, Radicado 2012-0265, M.P. Dr. ANTONIO BOHORQUEZ ORDUEZ, expresó que *“La aseguradora simplemente confía en la información que se le brinda, bajo el principio de la buena fe, que en los seguros se dice que ha de tener el grado de ubérrima. (...) la obligación de decir el verdadero estado del riesgo corresponde al tomador y esa obligación la puso el legislador, así de simple (artículo 1051, del Código de Comercio).*

En consecuencia, para este Despacho judicial es claro que el tomadora del seguro faltó a la verdad respecto a su estado del riesgo al suscribir la declaración de asegurabilidad generando la nulidad relativa del mismo, pues no tenía la aseguradora en este caso, forma de conocer o como saber del estado de salud real del tomador, pues precisamente actúa en la creencia que le están diciendo la verdad.

Por tanto, logra la parte apelante demostrar los yerros que endilga a la sentencia de primera vara, dando lugar a revocar la misma para en su lugar declarar probada la excepción de mérito denominada NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA. Por sustracción de materia no hay lugar a estudiar los demás reparos planteados, pues de conformidad al inciso tercero del art. 282 del C.G.P., *“si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes”*.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

#### **RESUELVE**

**PRIMERO: REVOCAR** la sentencia proferida en audiencia el día 18 de Septiembre de 2020, proferida por el JUZGADO TRECE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA, dentro del presente proceso verbal instaurado por CARLOS SAUL DUARTE RUEDA contra AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., por las razones expuestas en la parte motiva.

**SEGUNDO: DECLARAR** probada la excepción de mérito denominada NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA, propuesta por la parte demandada al contestar la demanda, conforme a lo expuesto.

**TERCERO: DENEGAR** todas las pretensiones de la demanda.

**CUARTO: CONDENAR** en costas de ambas instancias a la parte demandante y en favor de la parte demandada. Se ordenan tasar y liquidar por la primera instancia de conformidad al art.366 del C.G.P.

Se fijan como agencias en derecho de esta instancia la suma de NOVECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTISEIS PESOS (\$908.526) M/cte.

**QUINTO:** En firme, devuélvase el expediente al JUZGADO de origen.

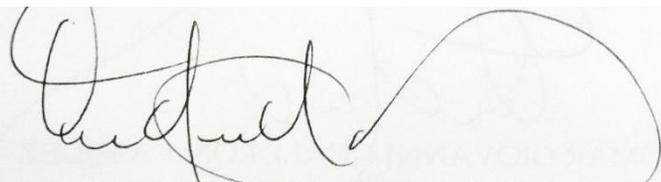
**COPIESE Y NOTIFIQUESE**



**JUAN CARLOS ORTIZ PEÑARANDA**  
Juez.-

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO  
BUCARAMANGA**

Siendo las ocho de la mañana (8:00 a.m.) del día de hoy 26  
de marzo de 2021 se notifica a las partes la providencia que  
antecede por anotación en el Estado No. \_\_\_\_.



OMAR GIOVANNI GUALDRON VASQUEZ  
SECRETARIO.