JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D. C.

14 DIC. 2020

En atención a lo dispuesto en el art. 14 del Decreto 806 de 2020 *"Por el cual se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica"* se procede a proferir la siguiente apelación de la sentencia de fecha 31 de julio de 2019 proveniente de la **Delegatura de la Superintendencia Financiera de Colombia**, teniendo en cuenta los siguientes;

I.- ANTECEDENTES:

1.1.- <u>DEMANDA, PRETENSIONES Y HECHOS:</u>

DILIANA SOFIA GUTIERREZ OROZCO, a través de su apoderada judicial, instauro **ACCIÒN DE PROTECCIÒN AL CONSUMIDOR** en contra de la **COMPAÑÌA DE SEGUROS BOLIVAR SA** con el fin de obtener que:

- Se ordene el cumplimiento del contrato de seguro CONDENANDO a la **COMPAÑÌA DE SEGUROS BOLIVAR SA,** a pagar a la señora **DILIANA SOFIA GUTIERREZ OROZCO,** la suma de $50.000.000 m/cte, correspondientes al valor máximo asegurado en la póliza No. GR-353710073401 de vigencia 28/07/2015, pactado para cubrir la incapacidad total y permanente.

- Se ordene al pago de la indexación del valor a pagar por concepto de capital asegurado desde el 18 de enero de 2017 fecha en que se presentó la reclamación a la aseguradora.

- Se condene a la demanda a pagar el valor de los intereses de mora, certificados por la Superintendencia y aumentados en la mitad, tal y como lo dispone el artículo 1080 del

Código de Comercio, liquidados desde el 3 abril de 2018 hasta que se efectúe el pago total de la obligación.

- Se condene en costas a la parte demandada.

1.2.- Como **SUPUESTOS FÁCTICOS** de la acción se indicó en síntesis que el **día 28 de julio de 2015** en la ciudad de Santa Marta, tomó el seguro de vida No. GR-353710073401, con la **COMPAÑÌA DE SEGUROS BOLIVAR SA,** póliza con cobertura de vida, muerte accidental y beneficios por desmembración e incapacidad total y permanente con valor asegurado de $50.000.000 para cada cobertura. Ese seguro de vida le fue vendido al miento en el momento en que adquirió un crédito con el BANCO DAVIVIENDA, que es una de las compañías que integran el Grupo Empresarial Bolívar. El asesor de la entidad financiera aprovecha para además de otorgarle el crédito venderle otro producto del mismo grupo empresarial, conducta comercial muy común y que muchos de los usuarios aceptan inclusive bajo el entendido que es bajo el mismo crédito.

La demandante cuenta con 50 años de edad, laboró como docente por más de tres décadas, **en el mes de diciembre de** 2015 fue remitida a evaluación neuropsicológica por **presentar estados de ansiedad, estrés, insomnio y depresión.** Como antecedentes personales se registraron que realizó estudio de licenciatura en ciencias sociales y 3 especializaciones, una maestría y cursaba un doctorado. **No se registró ningún antecedente familiar o de salud.** ***En este examen se concluyó que presentaba una disminución de sus habilidades intelectuales y de las funciones cognitiva como la memoria verbal y la atención sostenida afectando su capacidad para resolver problemas, memorizar y aprender nueva información, recomendándosele un seguimiento neurológico, ejercicios cognitivos y psicoterapia.*** *El día 27 de mayo de 2016 la Unión Temporal del Norte conformada por la Organización Clínica General del Norte SA., Clínica las Peñitas SAS y Medicina Integral SA., le notificó el dictamen No. 137-LM- 2016 en el que se le dictaminó*

pérdida de la capacidad laboral del 100%. Mediante Resolución No. 0862 del 21 de septiembre de 2016 la Secretaria de Educación del Distrito de Santa Marta resolvió retirar del servicio a la señora Dilia Gutiérrez por invalidez teniendo en cuenta el concepto de la Fiduprevisora del 26 de junio de 2016. *Entre la fecha en que tomo el seguro y el dictamen de pérdida de capacidad laboral transcurrieron 11 meses. Anterior a la fecha de la valoración neuropsicológica y la valoración por fisiatría la actora no tenía ninguna diagnostico relacionado con su enfermedad, ni tenía* ***conocimiento que los exámenes que se le practicaron terminarían*** *en una calificación de invalidez.*

El día 18 de enero de 2017 casi 8 meses después de conocer el dictamen de pérdida de la capacidad laboral la actora presente ante SEGUROS BOLIVAR reclamación por incapacidad total y permanente a lo que la entidad, el 14 de marzo de 2017 le objetó el pago alegando "reticencia en la información", basado en que, según ellos, la asegurada desde antes de adquirir el contrato y firmar la declaración de asegurabilidad ***ya se le había diagnosticado espolón calcáneo e insomnio orgánico, "circunstancia importante del estado de salud que no fue informada al momento de suscribir la declaración de asegurabiliad"*** y que en aplicación al artículo 1058 del código de comercio de lugar a una nulidad relativa del contrato.

1.3.- La demanda así presentada fue admitida por auto dieciséis (16) de octubre de 2018 –fol.34 C.1- ordenándose la notificación y traslado al extremo pasivo, providencia esta que se notificó a la parte demandante por anotación en estado y a la parte demandada en la forma prevista en el artículo 292 del C.G.P (fol. 35 a 38 cuaderno 1).

La sociedad demandada una vez notificado, a través de apoderado judicial contesto la demanda oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones y formulando excepciones de mérito que denominaron:

1.-NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO.

2.- PRESCRIPCION Y/O CADUCIDAD DE LA ACCION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR

3.- LIMITACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

4.- PRESCRIPCION EXTINTIVA DE LA ACCION INCOADA POR LA DEMANDANTE

5.-INDEBIDA ACUMULACION DE PRETENSIONES CONTENIDAS EN LA DEMANDA

6.- GENERICA

Como fundamento de las excepciones se dijo en síntesis, que el consentimiento de la demandada estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por la declaración inexacta de la asegurada en cuanto a su estado de salud. Para el caso específico del contrato de seguro en el cual la existencia de la buena fe es exigida en su máxima expresión, el C de Co., sanciona con la nulidad relativa el contrato la conducta reticente de la solicitante en los artículos 1058 y 1158 y en el 1059 con la perdida de las primas a favor de la aseguradora. Agrega además que como quiera que no se instauro la acción de protección al consumidor en el término previsto para ello, operó la caducidad - prescripción de su acción jurisdiccional ante la Superintendencia Financiera de Colombia. Señala que dicha Delegatura acogió lo señalado por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, que determino que el término de un año contemplado en el Estatuto del Consumidor para iniciar este tipo de acciones debe considerar un término de caducidad-prescripción de la acción respectiva.

Adujo que de acuerdo al art. 1079 del C de Co, "El asegurador no estar obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074" Por lo que en el hipotético caso que se condene a la demandada solo podría ser obligada al pago sin exceder el valor asegurado consignado en la carátula de la póliza. Tampoco podrá abarcar riesgos no cubiertos por la póliza o aquellos excluidos específicamente de la cobertura del seguro. Señalo además que teniendo en cuenta que estamos en presencia de una acción derivada del contrato de seguro, pues de las pretensiones de la demanda claramente se desprende que lo que se persigue por la parte actora es el pago de un siniestro en virtud de la cobertura de incapacidad total y permanente, se debe dar aplicación a los términos de prescripción previstos en el artículo 1081 del C de co., en particular la prescripción ordinaria, que cuenta desde la fecha del conocimiento real o presunto del hecho que dio base a esta acción, que en este caso corresponde a la fecha de notificación del dictamen 27 de mayo de 2016. Finalmente expuso que es claro que la demandante incurrido en una indebida acumulación de pretensiones pues solicita el reconocimiento y pago de intereses moratorios más indexación, perdiendo de vista lo dispuesto en el artículo 88 del C.G.P., pues la solicitud de intereses moratorios resulta excluyente con la pretensión del reconocimiento de la indexación, toda vez que esta última está contenida en el concepto de intereses moratorios, como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

II. SENTENCIA IMPUGNADA

Agotado el trámite procesal, luego de evacuadas las pruebas, la **DELEGATURA PARA ASUNTOS JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, profirió el respectivo fallo el pasado 31 de julio de 2019, en la que se declaró no probadas las

excepciones denominadas "PRESCRIPCION Y/O CADUCIDAD DE LA ACCION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR", "PRESCRIPCION EXTINTIVA DE LA ACCION INCOADA POR LA DEMANDANTE", "NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO", e "INDEBIDA ACUMULACION DE PRETENSIONES CONTENIDAS EN LA DEMANDA". Declaro probada la excepción " LIMITACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS", así como la propuesta por el Banco Davivienda "CARECE DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA PARA ACTUAR DENTRO DEL PRESENTE LITIGIO", declaro contractualmente responsable a la COMPAÑÌA DE SEGUROS BOLIVAR SA., respecto al no reconocimiento del amparo total y permanente de conformidad con la póliza DAVIDA INTEGRAL No. GR3537100573401, condeno a la COMPAÑÌA DE SEGUROS BOLIVAR SA, en el término de 10 días hábiles siguientes a la firmeza de la decisión, la suma de $50.000.000 con los intereses moratorios correspondientes liquidados desde el 16 de febrero de 2018 y hasta la de su pago. Negó las demás pretensiones de la demanda, sin costas.

III. FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN

El apoderado de la COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR SA presenta recurso de apelación contra el numeral 1º de la sentencia del 31 de julio de 2019, **únicamente en lo que respecta a la excepción de "nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado de riesgo",** sustentada en que:

"La parte resolutiva de la sentencia impugnada declaró que la excepción de mérito formulada por mi poderdante, esto es la "nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado de riesgo" no fue probada.

Al analizar las pruebas documentales, la sentencia dictada e impugnada consideró que si bien es cierto que en la historia clínica

de la demandante aparece el diagnóstico de ESPOLON CALCAREO desde el 7 de octubre de 2014, también lo es que dicha enfermedad no aparece discriminada en la declaración de asegurabilidad que suscribió la demandante. Y que las preguntas que aparecen en dicha declaración en los numerales 3º y 4º, esto es, la que enuncia que "en la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud" y la que establece que "no tenemos limitación física ni mental alguna", constituyen una excesiva exigencia a los deberes del consumidor.

Y, en el mismo sentido, la delegatura para funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera consideró que la denominada "HISTORIA CLINICA AMBULATORIA" no establece ni diagnostica la enfermedad INSOMNIO NO ORGANICO de la demandante sino que establece que el día 01 de junio de 2015 ella fue a consulta; y que la verdadera fecha de diagnóstico de tal enfermedad es el 11 de octubre de 2016, que es la fecha que aparece en tal documento en su parte superior derecha. En consecuencia, de tal enfermedad no conocía la parte actora a la fecha en que ella suscribió la declaración de asegurabilidad, esto es, el 28 de julio de 2015.

Lo primero que hay que advertir es que la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera desconoció jurisprudencia del honorable Tribunal Superior de Bogotá, que en sentencia del 26 de noviembre de 2013 de la Sala Civil, con ponencia de la Magistrada María Patricia Cruz Miranda, consideró que:

"(...) no es válido el argumento del censor, relativo a que el diagnóstico `cálculo de conducto biliar con colangiti´ no se encontraba dentro de las dolencias enlistadas en la mentada `declaración de asegurabilidad´, porque si bien esa afirmación es cierta, también lo es que, allí aseguró que `3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud`, cuestión que resulta contraria a la realidad médica de la señora Carmen Victoria Flórez...,

así las cosas, la señora Flórez de Oro no podría declarar en la solicitud de aseguramiento que no sufría ninguna enfermedad como si su estado de salud fuera normal...".

Al respecto, también hay que advertir que la misma Delegatura ha proferido sentencias acatando la línea jurisprudencial expuesta respecto de limitaciones físicas que no están enlistadas expresamente en la declaración de asegurabilidad pero que sí están comprendidas en los citados numerales 3º y 4º de la mencionada declaración, entre ellas las proferidas en los siguientes procesos: demandante Leila Alcira Pérez Castillo, expediente 2017 – 01272, proferida el 21 de marzo de 2019; demandante Luz Angélica Novoa Restrepo, con radicación 2018 – 01011, proferido el 16 de noviembre de 2018 y el del demandante Carlos Eduardo Martínez con radicación 2017 – 02051 del 01 de noviembre de 2018, entre muchos otros.

Pretender que la declaración de asegurabilidad contenga la citada enfermedad, como parece considerarlo la Delegatura, significa en palabras claras que dicha declaración de asegurabilidad deberá enunciar todas y cada una de las enfermedades o patologías y variaciones de ellas que puede sufrir una persona.

Y, en ese sentido, también significa que prácticamente deberá anexarse el libro de patologías médicas que contiene y explica las más de cinco mil enfermedades que puede llegar a padecer el ser humano; lo que también significa que el declarante en dicha declaración de asegurabilidad, también deberá leer dicho libro; todo lo cual constituye un absurdo que contraviene el sentido común. ¿Y por qué lo contradice? Pues porque atenta contra la celeridad de la actividad económica pues es evidente que a dicho declarante le tomaría más de un (1) día en leérselo y mucho mas en entenderlo

Y si lo anterior fuera poco, en la sentencia impugnada ni siquiera se valoró la declaración de la testigo médica Luz Marina Campo (art. 176 del C.G.P.), quien manifestó que tales

enfermedades fueron diagnosticadas a la demandante antes de que ella firmara la declaración de asegurabilidad, esto es, antes del 28 de julio de 2015.

Además de los anteriores argumentos de hecho como de derecho, téngase en cuenta que la demandante no asistió a la audiencia de que trata el artículo 372 del C.G.P; así entonces, por no haber justificado su inasistencia, deberá darse aplicación a lo establecido en el numeral 4º de la citada norma, esto es, presumir ciertos los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas por el demandado, lo que en el caso presente significa que para el 28 de julio de 2015, fecha en que la demandante suscribió la declaración de asegurabilidad, ella conocía que padecía de espolón cálceo y de insomnio orgánico, es decir que su estado de salud no correspondía a la realidad, hecho este en que se funda la primera excepción de mérito contenida en la contestación de la demanda y que intitulamos como "nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo", y que por ende, por ese solo hecho debió ser declarada, lo que no hizo el a-quo.

De otro lado, la sentencia objeto de apelación hace una interpretación errónea de la prueba documental denominada "HISTORIA CLINICA AMBULATORIA", pues la fecha que toma la Delegatura como de diagnóstico de la enfermedad de la demandante, esto es, el 11 de octubre de 2016, y que es la que aparece en tal documento en su parte superior derecha, *en realidad corresponde a la fecha de impresión de dicho documento,* como también aparece en todos los otros documentos historias clínicas que se encuentran en el expediente.

En consecuencia, la enfermedad INSOMNIO NO ORGANICO de la demandante que en dicha historia clínica se discrimina sí la padecía la actora y por tanto la conocía el día 01 de junio de 2015 cuando fue a consulta. Por ende, dicha patología es anterior a la fecha en que ella suscribió la declaración de asegurabilidad, esto es,

el 28 de julio de 2015, lo cual conduce, de conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del C.Co., a declarar la nulidad del contrato de seguro por reticencia.

La decisión impugnada en este escrito no solo desconoce las normas que históricamente rigen el derecho privado, entre ellas los artículos 1062 y ss. del C.C., y el 1058 y 1158 del C.Co., sino que atenta claramente contra la estabilidad económica del propio contrato y de la actividad aseguradora privada. Debe ponerse de presente que por cada cobertura se cobra una prima adecuada al alcance del respectivo amparo, como así se hizo en este caso y por ello se redactaron las coberturas bajo esos requisitos y nunca pensando en dar una aplicación a parámetros bajo los cuales no opera la aseguradora y/o para defraudar al cliente como usuario o consumidor financiero.

Además, tal como lo ha señalado la Sala Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia en sentencia del 27 de octubre de 1993, M.P. Rafael Romero Sierra, "cuando el pensamiento y el querer de quienes ajustan una convención jurídica quedan escritos en cláusulas claras, precisas y sin asomos de ambigüedad, tienen que presumirse que esas estipulaciones así concebidas son el fiel reflejo de la voluntad interna de aquellos, y que, por lo mismo, se torna inocuo cualquier intento de interpretación."

La parte actora descorrió el traslado ordenado en auto del 15 de julio de 2020, como se verifica en el escrito que milita a folios 9 a 13 del cuaderno 3.

Para desatar de fondo el asunto de marras, es menester realizar las siguientes;

II.- CONSIDERACIONES

2.1.- En primer término no existe duda acerca de la concurrencia de los requisitos legalmente necesarios para regular la

formación y el desarrollo jurídico procesal, es decir aparecen congregados los llamados presupuestos procesales; adicionalmente no se aprecia vicio alguno que tenga la entidad para anular la actuación según las expresas causales previstas por la ley.

Éste Despacho es competente para conocer y resolver respecto de los procesos menor cuantía como sucede en el presente caso, con lo cual es procedente resolver de fondo.

2.2.- Para resolver el litigio cree el despacho necesario realizar un breve estudio sobre la PREEXISTENCIA y RETICENCIA, indicando que ambas se dan en la etapa precontractual del contrato de seguro, pero son totalmente diferentes, pues la **preexistencia** es una condición, enfermedad o situación que aconteció antes de la celebración del contrato de seguro, determinante en la ocurrencia del siniestro, que de haber sido conocida por la aseguradora la habría llevado a establecer unas condiciones más onerosas o en su defecto la hubiera retraído de celebrar el negocio jurídico.

La **reticencia** por el contrario es una declaración inexacta o incompleta que se da con el fin de obtener un provecho, induciendo al asegurador a amparar una cobertura que no corresponde al real estado del riesgo, sin que necesariamente incida en la ocurrencia del siniestro.

La Corte Constitucional en sentencia T- 240 del 16 de mayo de 2016 se refirió al tema de la siguiente manera: "La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en el fallo del día 21 de abril de 2015, expuso que "(...) la preexistencia es un fenómeno definido por la RAE como: "existencia anterior, con alguna de las prioridades de naturaleza u origen", que al ser aplicado al concepto de contrato de seguro, se refiere a una situación previa al perfeccionamiento del seguro que no encaja como un "hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda". No basta la simple preexistencia del hecho para que la entidad aseguradora pueda abstenerse de ejecutar la póliza, sino que

resulta necesario establecer el nexo causal entre la afección preexistente y la muerte del tomador.

La Corte Constitucional través de sentencia T-222 de 2014, examinó varias tutelas acumuladas, en la que los peticionarios alegaban que les habían sido negadas sus pólizas de seguro de vida por preexistencia al momento de contraer las obligaciones. En esta oportunidad, la Sala expuso varias consideraciones en relación con dichos conceptos:

"En primer lugar, explicó que la preexistencia es un concepto objetivo, mientras que la reticencia es un concepto subjetivo. En segundo lugar, mencionó que la reticencia se refiere a una inexactitud en la información presentada por el tomador de la póliza al momento de celebrar el contrato, la cual es castigada con nulidad relativa como sanción a la mala fe. En tercer lugar, manifestó que en ciertos eventos la preexistencia puede considerarse como una reticencia, como en aquellos en donde el tomador tiene conocimiento de hechos que pueden hacer más onerosa la póliza y en este sentido se abstiene de declararlos. En cuarto lugar, expuso que existen eventos en los que el tomador de la póliza no declara hechos preexistentes por no tener conocimiento de ellos, como aquellos relativos a enfermedades silenciosas o progresivas, en los que el adquirente no tenía posibilidad de tener pleno conocimiento de las circunstancias".

De acuerdo con lo anterior, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato de seguro, ello no implica reticencia, porque el deber de buena fe se radicaría, más intensamente, en cabeza de la aseguradora. Si bien el artículo 1058 del Código de Comercio establece el deber del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo, es claro que la preexistencia no es un sinónimo de reticencia. En efecto, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro, hablamos de un elemento subjetivo, mientras que la preexistencia es un hecho objetivo.

2.3.- Aplicadas las anteriores nociones, al contrato de seguros, objeto de presente asunto y con el fin de resolver la apelación propuesta por el apoderado de la parte demandada, básicamente en lo que respecta a la existencia o no de la nulidad del contrato de seguros por reticencia ha de indicarse lo siguiente :

Encuentra acreditado el despacho que se celebró en su oportunidad CONTRATO de póliza DAVIDA INTEGRAL CERTIFICADO 3537100573401 tal como consta a folio 63 del informativo, entre DILIANA SOFIA GUTIERREZ OROZCO como asegurada principal, tomador BANCO DAVIVIENDA, como beneficiario EDGARDO VIZCAINO cónyuge, con valor anual de la prima por $462.800 y valor asegurado de $50.000.000 m/cte.

Así mismo se encuentra acreditado que dicho contrato fue suscrito el **28 de julio de 2015**, como se puede desprender del folio 63 del cuaderno 1, de igual forma que la señora Gutiérrez asistió a la cita No. 4262176 con fecha de atención 07 de octubre de 2014 - fol. 67- donde se deja la constancia por el galeno "...REFIERE HISTORIA DE ESPOLON CALCANEO...", en el reverso del folio 65 asistió a la cita No. 4944886 con fecha de atención 27 de mayo de 2015, donde se deja la constancia por el galeno "...HISTORIAL DE ESPOLON CALCANEO... ACUSA QUE CON FRECUENCIA SE LE OLVIDAN LAS COSAS, ACUSA MARCADO EMOCIONAL: TEMOR A SER RETIRADA", en el folio 66 asistió a la cita No. 4997040 con fecha de atención 1 de junio de 2015, donde se indica como motivo de la consulta "INSOMNIO MALA MEMORIA", así mismo se expresa como DIAGNOSTICO PRINCIPAL: INSOMNIO NO ORGANICO y se indica el plan de manejo y se formula CLONAZEPAM 0.5 MG TABLETA NOCHE VOLVER CON ESTUDIOS.

Ahora bien revisado el informe de evaluación neuropsicología con fecha de evaluación diciembre de 2015 - fol. 10 a 12- se indican como conclusiones *"Diagnostico neuropsicológico: Paciente de 47 años presenta una disminución de sus habilidades intelectuales y de las funciones cognitivas como la memoria verbal y la atención sostenida y selectiva lo cual afecta su capacidad para*

resolver problemas, para memorizar, para aprender nueva información. Se encuentran preservadas las habilidades praxicas, el lenguaje expresivo, la capacidad de juicio crítico."

Así las cosas tenemos que si bien hasta el mes de diciembre de 2015 se emitió el dictamen pericial No. 137-LM-2016 determinados PCL del 100%, lo cierto es que desde el 1 de junio de 2015 ya había un diagnostico PRINCIPAL: INSOMNIO NO ORGANICO, como se constata del folio 66 con motivo de consulta "INSOMNIO MALA MEMORIA", de lo que se puede colegir con suficiente claridad que al momento en que la demandante suscribió el contrato de DAVIDA INTEGRAL CERTIFICADO 3537100573401, es decir el 28 de julio de 2015 tenía conocimiento de la patología antes citada, sin embargo no la expresó al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pues si bien no aparece de manera expresa dicha patología lo cierto es que mal podrían señalarse todas las enfermedades que padecen los seres humanos y luego mirar cual se asemeja a la que se sufre.

Por otra parte revisadas la condiciones de asegurabilidad especialmente el punto 4 donde se expresa: *"4. No tenemos limitación física* ***ni mental alguna"*** (negrilla fuera del texto original) situación que no es cierta en el momento en que se suscribió el contrato de seguro, pues ya la actora había consultado con el médico por pérdida de la memoria e insomnio desde el 1 de junio de 2015.

De lo anterior se infiere que la asegurada en el momento de suscribir el contrato con la aseguradora omitió información de vital importancia para la aseguradora faltando a la verdad, es necesario puntualizar, de manera liminar, que la declaración del estado del riesgo constituye un aspecto de cardinal importancia en el contrato de seguro, pues ella le permite al asegurador conocer las particularidades propias del hecho futuro e incierto cuya cobertura va a asumir, lo que igualmente le permitirá valorar la conveniencia de contratar o no, las eventuales condiciones especiales en caso de que se opte por la negociación; trascendencia por la que se exige

que en el cumplimiento de esta carga de información, el candidato a tomador exteriorice, de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, -insustituible en los contratos de confianza como lo es el seguro-, la realidad del riesgo que se pretende amparar.

Así mismo, es preciso memorar que con el propósito de proteger este principio, el legislador consagró de manera positiva un riguroso régimen de sanciones, para aquellas eventualidades en las que el asegurando omita cumplir con la carga de información evocada, habiendo elegido el legislador, dentro de la diversa gama de ineficacias, la nulidad relativa del contrato como respuesta a la reticente o inexacta información suministrada por el aspirante al efecto.

Pues al tener conocimiento la ASEGURADA de las patologías ya señaladas éstas debieron ser comunicadas, como hecho de interés para que la sociedad aseguradora decidiera si otorgaba o no el amparo y, en caso afirmativo, en qué términos.

Corolario de lo expuesto, al callar la tomadora, información que era de importancia para la expresión del consentimiento por parte de la aseguradora, desconoció el principio de la buena fe, que de manera superlativa se exige en esta tipología de negocio, en el que se maneja el fluido suministro de datos, que se aportan sin necesidad de que se haya verificado su real existencia, razón por la cual "en lo que respecta al tomador o asegurado las hace al solicitar el seguro, las que exige la ley deben hacerse con pulcritud, que sean verídicas y que no haya callado ni ocultado circunstancias que de conocerlas el asegurador, no habría consentido en el contrato, o habría consentido en él bajo otras condiciones"[1], axioma que desconoció la tomadora, lo que genera, la prosperidad del recurso de apelación como a continuación se dispone.

---

[1] CSJ. Sentencia S-139 del 18 de octubre de 1995.

Por lo expuesto, el Juzgado Cuarto (4°) Civil del Circuito de Bogotá D.C. de Oralidad, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley;

III.- RESUELVE:

1.- REVOCAR la sentencia que la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia de Financiera de Colombia proferida el pasado 31 de julio de 2019, en el proceso verbal de la referencia.

2.- Como consecuencia de lo anterior NEGAR las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas.

3.- Costas de segunda instancia a cargo de la parte actora. Liquídense por el A quo incluyendo como agencias en derecho la suma de $500.000.oo M/cte.

4.- Remítase el expediente a la oficina de origen, previas las desanotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE

El juez,

GERMÀN PEÑA BELTRÀN

JUZGADO 4º. CIVIL DEL CIRCUITO
DE BOGOTA D.C.
NOTIFICACIÓN POR ESTADO
La anterior providencia se notifica por
ESTADO No. 94 1 9 DIC. 2019
Hoy,
La sria.
Por la Yolanda G.
NUBIA ROCIO PINEDA PEÑA

YRP.-