

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Santiago de Cali, diecinueve (19) de abril de dos mil veintiuno (2021).

SENTENCIA ESCRITA DE 1ª. INSTANCIA No. 005

PROCESO : VERBAL RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL
DTE : EDITH MARÍA BASTIDAS GÓMEZ Y OTROS
DDO : AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA
RADICACION: 760013103001-2018-00284-00

Procede el despacho a dictar sentencia escrita en este proceso, anunciado el sentido del fallo en la audiencia de instrucción y juzgamiento efectuada el 14 de abril de 2021 (art. 373-5 del CGP).

I.- ANTECEDENTES.

El grupo de personas conformado por EDITH MARÍA BASTIDAS GÓMEZ (fallecida en el curso del proceso); IVAN DARÍO AMPUDIA BASTIDAS (representado por curador); PAOLA ANDREA AMPUDIA BASTIDAS; JOHAN SEBASTIÁN RENGIFO AMPUDIA (menor de edad representado por EDITH JOHANA AMPUDIA); y, EDITH JOHANA AMPUDIA, promueven una acción de RESPONSABILIDAD CIVIL contra la entidad AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA, para que previo el trámite de un proceso verbal de mayor cuantía, en sentencia definitiva se hagan las siguientes declaraciones enlistadas en el libelo introductor:

PRIMERA: Declarar civilmente responsable a la compañía de seguros AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, de la póliza de seguro de vida Grupo No. 11000, certificado individual No. 7690938, con fecha inicio de vigencia, 29/04/2016- fecha fin de vigencia 29/04/2017, del asegurado-causante EMIRO AMPUDIA, amparo por muerte por cualquier causa.

SEGUNDA: Como consecuencia de lo anterior, condenar a la aseguradora AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, reconocer y pagar a los beneficiarios, del señor EMIRO AMPUDIA, (esposa) EDITH MARIA BASTIDAS GOMEZ (hijos) IVAN DARIO AMPUDIA BASTIDAS, PAOLA ANDREA AMPUDIA BASTIDAS, EDITH JOHANA AMPUDIA BASTIDAS, Esta última en representación legal, de su menor hijo, JHOAN SEBASTIÁN RENGIFO AMPUDIA NIETO del asegurado, de seis (6) años de edad, correspondiente al 25% para cada beneficiario, por concepto de la póliza del seguro de vida grupo No. 11000, certificado individual No. 7690938, por el valor asegurado, de cien millones de pesos (\$100.000.000.00)

TERCERO: Condenar a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, reconocer y pagar a los beneficiarios, del señor EMIRO AMPUDIA, (esposa) EDITH MARIA BASTIDAS GOMEZ (hijos) IVAN DARIO AMPUDIA BASTIDAS, PAOLA ANDREA AMPUDIA BASTIDAS, EDITH JOHANA AMPUDIA BASTIDAS, Esta última en representación legal, de su menor hijo, JHOAN SEBASTIÁN RENGIFO AMPUDIA-NIETO del asegurado, de seis (6) años de edad, los intereses moratorios, de la póliza del seguro de vida grupo No. 11000, certificado individual No. 7690938, a partir de Marzo de 2017, hasta Diciembre de 2018, los cuales se liquidaron de manera provisional, por la suma de dieciocho millones trescientos treinta y tres pesos, liquidados a la rata del 22% anual, (\$18.333.000.00), más lo que resulte probado al momento de la sentencia.

CUARTO: Condenar a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, pagar a los beneficiarios, del señor EMIRO AMPUDIA, (esposa) EDITH MARIA BASTIDAS GOMEZ (hijos) IVAN DARIO AMPUDIA BASTIDAS, PAOLA ANDREA AMPUDIA BASTIDAS, EDITH JOHANA AMPUDIA BASTIDAS, Esta última en representación legal, de su menor hijo, JHOAN SEBASTIÁN RENGIFO AMPUDIA-NIETO del asegurado de seis (6) años de edad, las costas procesales y demás gastos que se generen en el presente proceso

LAS ANTERIORES PRETENSIONES SE SUSTENTAN EN LA DEMANDA EN LOS SIGUIENTES HECHOS:

El señor EMIRO AMPUDIA, adquirió una Póliza de Seguro de Vida Grupo, No. 11000, Certificado Individual No. 7690938, fecha de inicio de vigencia 29/04/2016- fecha fin de vigencia 29/04/2017, con AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, tal como registra en el cuerpo de la Póliza original.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA, registra en sus escritos, que el inicio de vigencia de la póliza, es 03/05/2016, plasmados en documento denominado SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES, con numero de obligación 407410062247

El amparo de la póliza es por: básico de Vida, incapacidad total y permanente y muerte por cualquier causa.

El valor asegurado en la póliza de seguro de vida grupo 11000, es de cien millones de pesos (\$100.000.000.00)

El causante, vinculo como beneficiarios de la POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO, **11000**, CERTIFICADO 7690938, a:

- EDITH MARIA BASTIDAS GOMEZ, con el 25% (Esposa)
- IVAN DARIO AMPUDIA BASTIDAS, con el 25% (Hijo)
- PAOLA ANDREA AMPUDIA BASTIDAS, con el 25% (Hija)
- JHOAN SEBASTIAN RENGIFO AMPUDIA, con el 25% (Nieto),

1. **El 24 de Marzo de 2017, el señor EMIRO AMPUDIA, falleció, por causa de enfermedad común**

2. El 30 de Mayo de 2017, los beneficiarios del asegurado, solicitaron a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, el pago de la póliza seguro de vida grupo No. 11000, con certificación 7690938, por el fallecimiento del señor EMIRO AMPUDIA.

3. **El 30 de Junio de 2017**, AXA COLPATRIA, objeto la reclamación, argumentando lo siguiente:

- Existencia de una presunta Reticencia en la declaración del asegurado, EMIRO AMPUDIA
- Que al evaluar la eventual afectación de la Póliza, obtuvieron copia de la historia clínica, del asegurado, en donde presuntamente se evidencia antecedentes médicos, desde el 2006, 2010, 2013, 2014, 2015, 2016
- Que el asegurado, presuntamente, firmo el formulario de **la Póliza** de seguro de Vida Grupo No. 11000, **el 3 de Mayo de 2016**. En donde declaro que no padecía de enfermedades

4. **El 30 de Octubre de 2017**, mediante D. de Petición, se requirió a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA, la entrega de los siguientes documentos:

- Fotocopia autentica de la Póliza de Seguro de Vida Grupo 11000. Certificado Individual No. 7690938
- Fotocopia autentica del contrato de seguro, que suscribió el causante al momento de adquirir la Póliza 11000
- Pagar a los beneficiarios el valor de la cobertura por gastos funerarios y la indemnización del amparo de la póliza, por causa de fallecimiento del tomador.

5. **El 29 de Noviembre de 2017**, AXA COLPATRIA, da respuesta a la solicitud, aporta una fotocopia de la póliza, y omite, la entrega de la totalidad de los documentos pedidos, e indica por escrito que revisada la solicitud puesta a su consideración, tal como lo señalaron en la carta de objeción, calendada el 30 de Junio de 2017, se puede observar, antecedente médicos, correspondiente a los años 2006, 2010, 2013, 2014, 2015 y 2016, del asegurado y nuevamente niega el pago de la póliza reclamada.

6. **El 03 de Mayo de 2016**, COLPATRIA MULTIBANCA, envió un oficio al señor EMIRO AMPUDIA, donde le indico que su crédito de consumo No. **407410062247**, por valor de \$10.200.000.00, había sido aprobado y que contaba con un seguro de vida que cubría el 100% del saldo total de la deuda.

7. **El 31 de Diciembre de 2016**, COLPATRIA MULTI BANCA, envió un nuevo oficio al señor EMIRO AMPUDIA, donde le indico que su crédito INSTALAMENTO No. **407410062247**, contaba con un seguro de vida grupo deudor, que protegía el saldo total de la obligación y que a partir del **14/01/2017**, **esta póliza se contrató con AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A**

8. AXA COLPATRIA hace entrega, de una POLIZA DE SEGURO VIDA DEUDORES No. 0002, con fecha de expedición el 14/01/2017, mensual renovable, PRODUCTO No. 407410062247, TOMADOR BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A. Asegurado EMIRO AMPUDIA, cubriendo el 100% de del saldo total de la deuda.

9. **En Abril. De 2017, un mes posterior al fallecimiento** del señor EMIRO AMPUDIA, AXA COLPATRIA, envió un oficio al asegurado, donde, le advierte, en el “último párrafo del escrito”, que él, hizo una declaración, en donde **presuntamente**, todo lo que manifestó en la póliza al momento de adquirirla, es cierto ????

10. En la Póliza de Seguro de Vida Grupo, No. **11000**, Certificado Individual No. 7690938, registra que esta, fue adquirida con fecha de vigencia de inicio, el 29 de Abril de 2016 y con fecha fin de vigencia, el 29 de Abril de 2017, con renovación automática

11. **El 20 de Abril del 2017**, AXA COLPATRIA, informa, mediante oficio a los beneficiarios la aprobación del pago de la obligación al Banco Colpatría, del asegurado EMIRO AMPUDIA.

En la Póliza de Seguro de Vida Grupo 11000, se encuentran párrafos, con letra diminuta, carente de claridad, orden, numeración, confusión y afirmaciones ya transcritas, por la aseguradora. Se transcribe una parte “DECLARACION DE ASEGURABILIDAD”. “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 sufro de enfermedades, afecciones o adicciones que repercutan

II.- ACTUACION PROCESAL.

2.1. La demanda se admitió por auto de fecha 5 de febrero de 2019, notificándose al demandado de manera personal a través de su representante legal, en diligencia llevada a cabo el 28 de febrero de 2019 (folio 124 cuaderno digital 1), contestando oportunamente la demanda, aceptando unos hechos y negando otros, oponiéndose a la pretensiones formuladas en ella y proponiendo una serie excepciones de mérito, conforme la motivación expuesta para cada uno de los mismos, denominadas de la siguiente manera:

1. Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.
2. Inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual.
3. La acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro.
4. Axa Colpatria Seguros de Vida SA tiene facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro.

2.2. Surtido el traslado de las excepciones de mérito formuladas al demandante, se convoca al juicio oral en los términos de los arts. 372 y 373 del C.G del P., por lo que se fijó fecha para audiencia única inicial para el 16 de abril de 2020, la cual no se pudo efectuar en razón a la suspensión de términos y cierre del despacho, con ocasión de la emergencia sanitaria por la pandemia del covid 19, hecho ocurrido desde el 15 de marzo y hasta el 1º de julio último; posteriormente, mediante auto del 1º de febrero de 2021, se convoca nuevamente a audiencia oral virtual de que trata el art. 372 del CGP, la cual se llevó a cabo el día 24 de esa misma mensualidad, y posteriormente, el 14 de abril último, se lleva a cabo la audiencia de instrucción y juzgamiento, anunciándose finalmente de manera concreta el sentido del fallo y se procede entonces en la fecha a emitir la correspondiente decisión escrita acorde con los términos allí mencionados, que se condensan en las siguientes:

CONSIDERACIONES

1. PRESUPUESTOS PROCESALES

Del examen de los denominados por la doctrina y jurisprudencia como presupuestos procesales, se establece que los mismos se encuentran presentes en el caso, en atención a que este Despacho judicial es competente para conocer de este tipo de proceso, en razón del domicilio principal del ente jurídico demandado, o de la

sucursal relacionada con el debate planteado (art. 23-7 C.P.C.); el de capacidad para ser parte, natural en el demandante, y jurídica en la demandada; igualmente, el de capacidad procesal, porque en el caso de los actores capaces han concurrido por sí mismos al proceso, y los incapaces por conducto de sus respectivos representantes legales, al igual que ha ocurrido con la persona jurídica de derecho privado demandada quien lo hizo a través de su representante legal. Por último, la demanda cumple los requisitos formales que según lo previsto en el Código General del Proceso son necesarios para ser apta (art. 82 y ss.).

De igual manera, no se observa irregularidad o causal de invalidez en lo actuado, por lo que resulta procedente proferir sentencia de fondo en el asunto.

2. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA

Respecto a aquel requisito, definido por la doctrina y jurisprudencia como indispensable para que el actor obtenga una resolución favorable a sus pretensiones, o en su defecto para absolver al demandado, por lo que en todo proceso judicial, de entrada y de manera oficiosa, el juzgador está compelido a estudiarlo *porque se ha entendido ésta ‘como la designación legal de los sujetos del proceso para disputar el derecho debatido ante la jurisdicción’*, según lo ha sostenido de manera reiterada la jurisprudencia de la SCC DE LA CSJ (sentencia SC2642-2015), en el caso en estudio, acontece lo siguiente:

En primer lugar, es menester precisar que el art. 1546 del Código Civil, consigna la acción que tiene el contratante cumplido ante el incumplimiento de la otra parte en los contratos bilaterales. Así, la mentada norma establece dos vías jurídicas a seguir por aquel que se ha allanado a cumplir, quien podrá entonces solicitar al Juez, a su arbitrio, ya sea la resolución del negocio jurídico o su cumplimiento, en ambos casos con indemnización de perjuicios, si así lo reclama el actor.

Para el caso que nos ocupa, de acuerdo a las pretensiones formuladas en el texto de la demanda, concatenado al supuesto fáctico que la sustenta, se establece claramente que se reclama por los demandantes, en su calidad de beneficiarios, el cumplimiento por parte de la compañía aseguradora accionada, acerca del contrato de seguro de vida que adquirió en vida el asegurado EMIRO AMPUDIA, y en cuanto al pago de la póliza convenida de uno de los riesgos asegurados que resulta verificado (muerte), más los respectivos intereses moratorios, cuya reclamación asimismo es rechazada inicialmente por la aseguradora. De allí que se trata evidentemente del ejercicio por los actores de una acción contractual puesto que el reclamo condenatorio se basa en una relación jurídica originada en un negocio jurídico de esa naturaleza.

Ahora, en cuanto a la naturaleza del contrato que respalda aquella acción de responsabilidad contractual, con el libelo introductor, al igual que lo hace el demandado al contestar la demanda, se adjunta una copia de un formato de la carátula de la póliza de seguro de banca seguros grupo con plan familia No. 11000, expedida el 04 de mayo de 2016, con fecha de vigencia 03/05/2016, certificado individual No. 7690938, asegurado EMIRO AMPUDIA, con amparos asegurados de INC. TOTAL Y PTE y AMPARO BASICO DE MUERTE, con valores amparados individuales de \$100.000.000.oo. para cada uno de los mismos; igualmente, en la póliza aparecen como beneficiarios del asegurado las siguientes personas, que resultan igualmente los demandantes en este asunto: EDTIH MARIA BASTIDAS GOMEZ, IVAN DARIO AMPUDIA BASTIDAS, PAOLA ANDREA AMPUDIA BASTIDAS y JOAN SEBASTIAN RENFIGO AMPUDIA, sumado a que se allegó el escrito contentivo de las condiciones generales de aquel contrato de seguro (folios 24-30 cuaderno principal y 15 cuaderno No2, expediente físico).

De otro lado, con la demanda, se aporta la unidad documental representada en las partidas de estado civil idóneas que acreditan el hecho del fallecimiento del asegurado, al igual que el parentesco de los reclamantes respecto de aquel; así mismo, debe mencionarse que la sucesión procesal originada por el hecho del fallecimiento de la inicial demandante EDITH BASTIDAS, ocurrida en el curso del proceso, y el estado de incapacidad por enfermedad mental de IVAN DARIO AMPUDIA, contó con el respaldo probatorio suficiente por lo que es reconocida en el proceso en esos términos, respecto a los herederos de la referida litigante fallecida y de la intervención en el proceso del respectivo curador designado al aludido incapaz (arts. 54; 62 y 68 CGP; folios 60-66 cuaderno 1 y carpeta No. 19 del expediente digital).

Por consiguiente, a partir de la referida prueba documental, puede establecerse la legitimación en la causa por doble vía, puesto que el reclamo de cancelación del seguro de vida, lo hacen las personas que aparecen como beneficiarios del asegurado-fallecido, al igual que se postula como demandantes los sucesores procesales de uno de los beneficiarios fallecidos, con base en la adquisición de un seguro de vida, y respecto a la compañía que expidió la póliza respectiva para el cumplimiento de aquel contrato, por haberse configurado el riesgo de uno de los amparos asegurados, la cual entonces resulta legitimada para oponerse a dicho reclamo, como efectivamente lo ha hecho en el litigio, puesto que ha formulado una serie de excepciones, sustentado principalmente en la reticencia del tomador del seguro.

3. PROBLEMA JURIDICO A RESOLVER

Encuentra el Despacho, como interrogante a resolver, el determinar la existencia o no de una nulidad relativa en el contrato de seguro celebrado, generado por la reticencia en la información que debía suministrar el asegurado al momento de la solicitud de inclusión en la póliza de seguros de vida grupo contratada, conforme lo alega la compañía aseguradora para oponerse al pago del siniestro reclamado en la demanda, y cuya carga probatoria de demostrarlo le incumbía al referido asegurador demandado.

La respuesta se anticipa, es afirmativa conforme pasa a explicarse a continuación:

En primer lugar, debe señalarse que el artículo 1058 del Código de Comercio establece que:

“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.

Acerca de la interpretación dada al instituto jurídico de la reticencia en materia de seguros, y a partir de la buena fe contractual, la jurisprudencia de las altas Cortes, como la hace la SSC de la CSJ, ha señalado, como lo hace en la sentencia SC2803-2016, lo siguiente:

“El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual:

[e]l 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 (...). 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.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio”.

Conforme lo anterior, el referido art. 1058, consagra un deber para el tomador del seguro de hacer una manifestación cierta y sin reservas, acerca de precisar el estado de salud para el momento de contratar el seguro, en especial, cuando el amparo asegurado alude al hecho de la muerte, a efecto de que la aseguradora conozca a ciencia cierta los términos en que responderá si ocurre aquel siniestro en vigencia del seguro; de allí que, en caso de que opere un ocultamiento deliberado

de esa información por el asegurado, es decir, obrar contrario a la buena fe, la consecuencia necesaria es la sanción de la nulidad relativa.

De igual manera, es menester puntualizar sobre las reglas jurisprudenciales establecidas por la Corte Constitucional en sede de tutela, en relación con la reticencia y la aplicación del principio constitucional de buena fe en el contrato de seguro, que además en la sentencia T-027 de 2019, las recoge así:

“82.1. La aseguradora tiene la obligación de redactar de manera precisa y taxativa todas las exclusiones posibles y eliminar cualquier tipo de ambigüedad, por cuanto, en el ejercicio de su posición dominante, es la parte que elabora el contrato de seguro, de tal suerte que el tomador o asegurado se resignan a quedar sometidos al clausulado contractual establecido e impuesto por la aseguradora.

82.2. La aseguradora tiene la obligación de realizar una de las siguientes acciones, con el propósito de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato: a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado.

82.3. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.

82.4. Si la aseguradora conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas en precedencia, no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado”.

De conformidad con lo indicado en las aludidas subreglas constitucionales, si la aseguradora no realiza una actividad de investigación sobre el real estado de salud del tomador del seguro, al momento de contratar, como lo referente a realizar exámenes médicos o solicitar la historia clínica del tomador, no implica una renuncia a alegar la reticencia del contrato de seguro, sino la obligación de demostrar la mala fe de aquel o la intención de éste de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro, con el objeto de sacar provecho de ello, y como presupuesto inescindible para eximirse de la obligación de hacer efectiva la póliza contratada.

Aquella posición, igualmente es respaldada por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, dado que la misma, en sede de tutela, se ha pronunciado en esos mismos términos, como lo hace en la sentencia STC450-2020, en donde dijo que:

“Aunado a lo discurrido, dadas las particularidades de este asunto, resulta pertinente acotar que, en punto al principio de buena fe en los contratos de seguro y la reticencia, la Corte constitucional ha expuesto:

“(…) [E]l asegurador debe: a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de casualidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión (…)”¹.

Bajo la misma línea argumentativa, en la misma providencia, expresó:

“(…) El artículo 83 de la Constitución Política de Colombia consagra que las actuaciones de los particulares deberán ceñirse a los postulados de la buena fe.

“El principio de buena fe, a su vez, distingue de dos escenarios. El primero es la relación contractual en situaciones de simetría entre las partes; mientras que el segundo es la relación contractual en situaciones de asimetría. En éstos últimos, la Corte Constitucional ha considerado que la buena fe implica una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual.

“Este criterio toma mayor fuerza cuando, además de existir una situación asimétrica, la parte dominante presta un servicio público, en especial cuando está relacionado con las actividades consagradas en el artículo 335 de la Constitución. Ello se debe a que los agentes no solo gozan de una posición que les permite fijar las condiciones de los créditos, sistemas de amortización y

¹ Sentencia T-027/19, 30 de enero de 2019. Corte Constitucional

demás, sino que en ellos se deposita la confianza pública por el servicio que prestan (...)”².

Por otra parte, esta Sala, en un asunto similar, recientemente, señaló:

“(…) No obstante, lo que esta Corporación advierte, es que el Tribunal de Bogotá reseñó el citado precedente [T-282 de 2016 C.C.] de forma imprecisa, ya que pasó por alto que en el mismo claramente se estableció que cuando la aseguradora pretenda «la declaración de nulidad del contrato de seguro por configurarse la reticencia del tomador de informar una preexistencia» deber demostrar la relación entre los hechos omitidos y el siniestro.

“En tal sentido, en la sentencia T-282 de 2016 se dijo:

“En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador (...)”.

“22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.

“El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la

² Ídem.

aseguradora tiene **una doble carga**: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición (negrillas del texto original y subrayas de la Sala)³.

Por consiguiente, y de conformidad con la posición expuesta por las altas Cortes, en materia de la aplicación del principio de la buena fe en el contrato de seguro, y de igual talante, para el caso del alegato de la reticencia, puede concluirse que el asegurador asume una doble carga probatoria referida a acreditar (i) la existencia de una condición médica preexistente y su relación de causalidad con el siniestro acaecido y (ii) la mala fe del tomador porque voluntariamente omitió la comunicación de la enfermedad padecida.

Así mismo, del anterior análisis jurisprudencial, surge como conclusión importante, que para la procedencia de la reticencia en el seguro, no depende de que la compañía aseguradora haya realizado un cuestionario de preguntas o solicitado al tomador historias clínicas o exámenes médicos, para el momento de la verificación de la declaración de asegurabilidad, puesto que ninguna de esas dos cuestiones lo ha impuesto el legislador, o en su defecto la jurisprudencia, y ello solo tiene importancia para el momento en que el asegurador alegue la reticencia, puesto que si lo hace asume la carga de probar la mala fe del tomador o asegurado.

En efecto, cabe resaltar que en la aludida sentencia T-027 de 2019, en donde se condensan las reglas jurisprudenciales en esa materia, y respecto a aquel punto, se menciona que:

“(…)

82.3. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.

82.4. Si la aseguradora conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas en precedencia, no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el

³ CSJ. STC de 2020, Expediente 2020-00827-00.

tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado” (Negrillas no lo contiene el texto).

Precisado lo anterior, en el caso objeto de estudio, la entidad aseguradora demandada, alega la excepción denominada “*nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado*”, con fundamento en lo dispuesto en el art. 1058 del C. de Co, y sustentada en que para el momento en que el tomador EMIRO AMPUDIA, solicitó su inclusión al contrato de seguro No. 11000 (29 de abril de 2016), a través de la solicitud de certificado individual No.7690938, tenía pleno conocimiento de las enfermedades que padecía para ese instante, alusivas a diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, falla renal y obesidad, por lo que al firmar la declaración de asegurabilidad señalando, entre otros, que su estado de salud es normal, el no padecimiento para ese momento ni anteriormente de enfermedades congénitas o que incidieran sobre los sistemas orgánicos del cuerpo humano en la actualidad, o el padecimiento de enfermedades, afecciones o adicciones que repercutieran directamente sobre su estado de salud, y no tener pendientes tratamientos o intervenciones quirúrgicas, tal declaración, cuando aquel para ese momento había padecido las referidas enfermedades, constituye entonces una falta a la verdad que da lugar a la aplicación de la sanción de la nulidad del contrato, porque de haber conocido para ese momento aquella realidad, la aseguradora la hubiera retraído de incluirlo en el grupo asegurado.

Procede ahora el despacho a segmentar el estudio en varios puntos que resultan indispensables para resolver la controversia planteada, y conforme además lo acreditado en el proceso.

3.1. Hechos esenciales establecidos en el proceso.

1. La existencia del contrato de seguro celebrado entre las partes.

La organización AXA COLPATRIA expidió la carátula de la póliza de seguro de banca seguros grupo con plan familia No. 11000, expedida el 04 de mayo de 2016, con fecha de vigencia 03/05/2016, certificado individual No. 7690938, al tomador-asegurado EMIRO AMPUDIA, amparos asegurados de INC. TOTAL Y PTE y AMPARO BASICO DE MUERTE, con valores amparados individuales de \$100.000.000.00 cada uno de los mismos; igualmente, en la aludida póliza aparecen como beneficiarios del asegurado las siguientes personas: EDTIH MARIA BASTIDAS GOMEZ, IVAN DARIO AMPUDIA BASTIDAS, PAOLA ANDREA AMPUDIA BASTIDAS y JOAN SEBASTIAN RENFIGO AMPUDIA (folios 24-30 cuaderno principal y 15 cuaderno No2, expediente físico).

De igual modo, se tiene que el señor EMIRO AMPUDIA, suscribe el 29 de abril de 2016, la solicitud de certificado individual de la póliza de seguro de vida grupo No. 11000, e identificada con el No. 7690938, en donde además de enlistar los referidos beneficiarios del asegurado, los amparos y valores asegurados, que coinciden con los insertos en la referida póliza, aparece un formato de declaración de asegurabilidad, en la que, en lo pertinente, se expresa en su tenor lo siguiente:

“1. Mi estado actual 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 sufro de enfermedades, afecciones o adicciones que repercutan directamente sobre mi estado de salud y que fumo menos de diez (10) cigarrillos al día, no tengo pendientes tratamientos o intervenciones quirúrgicas, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumáticos o patológicos que afecten mi salud y que además no tengo obesidad”...” (folio 16 cuaderno digital 2).

Conforme lo anterior, sumado a la firma impuesta por el tomador, puede afirmarse sin hesitación alguna que en aquella declaración, o en escrito anexo, resulta inexistente una afirmación del tomador o asegurado, relacionada con el precisar sobre el padecimiento de patologías previas o concomitantes para ese momento en particular.

2. La acreditación de enfermedades padecidas en vida por el tomador-asegurado.

La aseguradora demandada, aporta como prueba documental, no objeto de tacha o desconocimiento por la contraparte, historias clínicas de varias entidades de salud del señor EMIRO AMPUDIA, de cuya revisión se verifica las siguientes anotaciones principales:

2.1. HISTORIA CLINICA RTS-SERVICIO DE TERAPIA RENAL DEL VALLE:

- Desde el 19/11/2013, hasta el 20/01/2017, de manera continua y permanente, se consigna que el paciente sufre de diabetes como enfermedad de base, y la realización del tratamiento de diálisis peritoneal como soporte vital con procedimiento de colocación de catéter para diálisis peritoneal, la aplicación de insulina, con anotación de antecedentes de enfermedades sobre diabetes mellitus e hipertensión arterial; en la última anotación en mención, se coloca como diagnostico el referente a insuficiencia renal crónica estadio terminal, en diálisis peritoneal como soporte vital; hipertensión arterial secundaria; diabetes mellitus con múltiples

complicaciones; enfermedad arterial oclusiva; obesidad y que está pendiente estudio de enfermedad coronaria (páginas 44-156, cuaderno 2 pruebas parte demandada, expediente físico; cuaderno 3 digital).

- Asimismo, consta en dicha historia, anotaciones realizadas en los meses de enero a abril de 2016, importantes para el caso, puesto que corresponden a la data en la que el asegurado adquiere la póliza del seguro contratado y efectúa la declaración de asegurabilidad mencionada, y en ellas se relaciona la realización de procedimientos de diálisis, incluso la efectuada el día 18 de abril de 2016 al tomador, que resulta previa a la calenda de suscripción de la declaración por aquel en mención, la cual es efectuada el 29 de abril de 2016 (folio 10 cuaderno digital 01).

2.2. HISTORIA CLINICA ESIMED

- Los registros comienzan el 2017/02/05 y hasta el 2017/03/08, destacándose que en el primero de los mencionados, se anota como antecedentes del paciente, los referidos a que se encuentra en diálisis peritoneal desde hace 3 años, y con diagnóstico posible de peritonitis asociada a catéter de diálisis; igualmente, en registros posteriores, como el realizado el 2017/02/14, se indica como análisis del paciente que se encuentra con falla renal crónica terminal en diálisis peritoneal, con signos de hipovolemia, y el 2017/02/17, se anota adicionalmente la necesidad de descartar cardiopatía isquémica (folios 157-178 ibídem).

2.3. HISTORIA CLINICA CLÍNICA DIME:

- La anotación del 2017/03/02, indica como enfermedad actual: paciente con falla renal crónica terminal; diabético, obeso, y en regulares condiciones generales, además con diagnóstico de infarto agudo del miocardio, aunado a que se encuentra con catéter de diálisis peritoneal; igualmente, se anota como resultado luego del procedimiento de coronariografía practicado al paciente un diagnóstico de POP coronariografía: estenosis severa de tronco coronario izquierdo distal (50%)-arteria descendente anterior distal (70%)-arteria descendente anterior en tercio medio (90%); DM tipo 2; HTA; ERC TERMINAL y OBESIDAD (folios 41-43 ejusdem).

Cabe anotar que según la literatura médica el significado de los términos DM, corresponde a diabetes; HTA: hipertensión arterial; y, ERC: enfermedad renal crónica.

Conforme lo constata aquellos registros clínicos, y sin que exista otra prueba que lo desvirtúe, se constata claramente la circunstancia relativa a que el asegurado, desde el año 2013, se encontraba en tratamiento continuo y permanente para una patología de insuficiencia renal, y correspondiente aquel a la realización continuada del procedimiento denominado diálisis peritoneal automatizada, adicionalmente con antecedentes clínicos de diabetes mellitus e hipertensión arterial, e incluso, para la misma época de la declaración de asegurabilidad del contrato de seguro, se encontraba igualmente el tomador en tratamiento de la aludida diálisis; de allí que, lo anterior determina que existe probanza suficiente de enfermedades o preexistencias de salud que el tomador del seguro, conocía plenamente o debía conocer para el instante en que suscribe la declaración de asegurabilidad, en especial, la referente a la insuficiencia renal, asociada a una diabetes, puesto que respecto de esas dolencias en particular, y para ese instante, con antecedentes asimismo desde el año 2013, venía siendo sometido a un tratamiento permanente de diálisis en una institución de salud y un control de glicemia por diabetes, por lo que resulta razonable suponer que conocía de aquella realidad o de su situación real de salud, que de igual modo no la manifestó para cuando suscribe la declaración de asegurabilidad, por cuanto allí no dejó constancia alguna de esa situación, y con su firma, avaló también que no padecía enfermedad alguna ni se encontraba en tratamiento médico, situaciones ambas que resultan entonces ser contrarias a la realidad material, conforme se acreditó anteriormente.

De igual modo, auscultadas las declaraciones rendidas por los demandantes en los interrogatorios absueltos en la audiencia oral, en lo tocante al conocimiento de los mismos sobre patologías que aquejaban al causante referido, cobra importancia lo manifestado por sus hijos ALEX ARLEY AMPUDIA y PAOLA ANDREA AMPUDIA, por cuanto ambos convergen en señalar que su padre EMIRO AMPUDIA, sufría de diabetes, y en especial, la segunda de las nombradas, acompañó a su progenitor a controles médicos relacionados, según su entendimiento, para regular el nivel del azúcar, sumado a que reconoce que sabe que a éste le aplicaban insulina desde el año 2016; así mismo, cabe relieves que la totalidad de los demandantes en sus interrogatorios, coinciden en aseverar que su ascendiente falleció en el año 2017, producto de una afección o paro cardio respiratorio, cuando recibía atención médica en la institución CLÍNICA DIME de la comarca.

Sobre este punto, adicionalmente, en la aludida historia clínica de la institución CLINICA RTS-SERVICIO DE TERAPIA RENAL DEL VALLE, igualmente, aparece registro clínico efectuado el día 16 de mayo de 2016, relacionado con el procedimiento de diálisis, en el que se anota el acompañamiento al acto de la hija del paciente EMIRO AMPUDIA, referida con el nombre de PAOLA, cuyo documento es puesto de presente a la actora PAOLA ANDREA AMPUDIA, en el interrogatorio

absuelto (art. 203 del CGP), para su respectivo reconocimiento, y quien acepta ser esa persona que allí se menciona; el contenido de la anotación que involucra a la referida demandante, es el siguiente (FOLIO 150. CUADERNO No. 3 expediente digital):

6/05/2016 Paciente procedente de Cali, asiste a control en compañía de su hija Paola, manifiesta mejoría de condiciones generales, sin embargo presenta hipotensión ocasional. Mejora nivel motivacional, destacando satisfacción por apoyo de hija Paola. Reporta alteración en dinámica familiar por estado de salud de hijo discapacitado con diagnóstico de hipotiroidismo, en manejo por EPS. Mejoran relaciones familiares, hijos logran acuerdos en sus relaciones y aumentan contacto y comunicación. Esposa continúa realizando la diálisis. Informa mejoría de situación económica familiar, se pone al día en deudas pendientes, recibe pensión del mínimo, con apoyo de Abogado en proceso para reajuste de la misma. Esposa continúa elaborando y vendiendo yogurt. Hija Paola, manifiesta interés de continuar brindando apoyo al paciente en el seguimiento del tratamiento y se compromete a realizar glucometrías y aplicación de insulina. Porta carnet de identificación de paciente, lo cual se retroalimenta positivamente. Se realiza intervención educativa en autocuidado. Se brinda apoyo emocional y acompañamiento.

Realizado por: GARZON GOMEZ, LIDA SOFIA Motivo Consulta: CONTROL

Tipo Consulta: Trabajo social:
Seguimiento/Acompañamiento

6/05/2016 Paciente de PD en APD que acude a la consulta de control mensual de nutrición, en compañía de su hija cuidadora Sra PAOLA Ampudia, caminando - Refiere sentirse en aceptables condiciones generales, hipotensiones que requieren lev con frecuencia, mejoría en apetito, tiene mala masticación por falta de piezas dentales buena deglución, no uremico, no SGI que le impidan recibir alimentos.- Paciente mejora adherencia con relación a manejo de líquido no así con diabetes porque continúa consumiendo azúcares y dulces.- Paciente inactivo por condición clínica actual y falta de acompañante, tránsito intestinal normal.-

PESO SECO: Paciente no se encuentra en peso seco pero disminuye edema de manera apreciable ahora con edema GII, hipotenso, anurico, Nefrologa ajusta dosis de diálisis ahora aumento a 11 horas, 18L x2.5%, promedio de UF 0.7, poca remoción de líquidos.-

17 de 31

En ese orden de ideas, si bien en la demanda, y lo afirman los actores en sus declaraciones, el tomador EMIRO AMPUDIA, gozaba de buena salud hasta el momento previo a su fallecimiento, que ocurre por una dolencia cardíaca que lo sorprende, sumado a su desconocimiento como familiares cercanos del estado de salud real de aquel, la evidencia contenida en las aludidas historias clínicas demuestran lo contrario, y en especial, que el tomador o asegurado, si debía conocer las patologías referidas que lo aquejaban y diagnosticadas, dado que se encontraba en tratamiento médico para las mismas.

De igual modo, cabe resaltar que la referida demandante PAOLA ANDREA AMPUDIA, en su declaración, mencionó que acompañó a su progenitor en las diligencias para adquirir el seguro, y precisó que no observó que se le pusiere de presente a aquel tomador, un cuestionario de preguntas relacionadas con su estado de salud, o desconoce asimismo que posteriormente al aseguramiento, la compañía de seguros le haya solicitado exámenes médicos o historias clínicas a su padre; tal circunstancia, junto a lo concerniente a que en la declaración de asegurabilidad, no se haya incluido un cuestionario específico para que el tomador diera cuenta de las aludidas dolencias que lo afectaban en concreto, a criterio del despacho, no desdibuja la verificación de la conducta omisiva o de ocultamiento de la información del tomador sobre su verdadero estado de salud para ese momento, por cuanto aquel al ser conocedor de que padecía ciertas dolencias diagnosticadas, como la

diabetes y la enfermedad renal crónica, ambas en tratamiento vigente, en especial, la última en mención con diálisis, no se encontraba entonces en la situación normal de salud o sin padecimientos, que se indagaba de manera general en el formato de asegurabilidad suscrito, y bien pudo entonces el tomador informar a la aseguradora de su verdadero estado de salud, para que dicha compañía tomara las decisiones pertinentes sobre los riesgos a asegurar; de igual manera, es menester señalar que el despacho no encuentra tampoco el texto contentivo del formato sobre la declaración de asegurabilidad de la solicitud del seguro, confuso de comprender para cualquier persona, lo que incluye también al tomador EMIRO AMPUDIA, puesto que allí claramente se indaga acerca del estado de salud actual del solicitante, aunado a que la expresión “normal” que se utiliza, va ligada fundamentalmente al cuestionamiento relacionado sobre si se padecía para ese momento o previamente a ello, de enfermedades que afectaran la salud, al igual que la existencia de tratamientos médicos o de cirugías pendientes, preguntas que por tanto no resultan confusas, imprecisas o ambiguas para cualquier persona, pues, y siguiendo las reglas generales de la experiencia, se puede afirmar válidamente que cada individuo es consciente de las dolencias que lo aquejan en un momento dado de su vida, y más aún, como ocurre en este caso, cuando se probó a través de los mencionados relatos clínicos, que el solicitante para el momento de diligenciar aquella solicitud, era conocedor pleno de que era objeto de un tratamiento médico (diálisis y control de insulina), además de continuo y permanente respecto de aquellas patologías específicas (diabetes y enfermedad renal), e incluso desde tiempo atrás, amén que ello permite descartar un posible desconocimiento de aquel de su verdadero estado de salud, porque se tratara de enfermedades no diagnosticadas o silenciosas para ese instante en particular, cuestiones que para el caso evidentemente no acontece en manera alguna.

Adicionalmente, debe recordarse nuevamente, que el legislador para el perfeccionamiento del contrato de seguro, no exige para ese fin al asegurador la formulación de un cuestionario o la exhibición de exámenes médicos o historias clínicas (art. 1158 del C. Co.), y si la jurisprudencia constitucional ha señalado como acciones obligatorias de la aseguradora para determinar de forma objetiva la situación del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato de seguro, las referentes a la práctica de exámenes médicos previos a la suscripción del negocio, y solicitar la historia clínica de aquel (sentencia T-027 de 2019), en caso de que ello no se haya hecho, la aseguradora está obligada a probar la mala fe del tomador o asegurado, que se concreta en la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica existente para ese momento contractual, cuestión última, que se repite, aquí ha ocurrido como acaba de anotarse.

3. Acreditación de la mala fe del tomador o asegurado.

Conforme ya se ha señalado, la referida prueba documental, relativa a las historias clínicas, permite entonces definir con suficiencia, la circunstancia concerniente a que el tomador del seguro EMIRO AMPUDIA, para el momento de firmar la declaración de asegurabilidad, padecía de dos enfermedades diagnosticadas y en tratamiento médico continuado, y desde tiempo atrás a ese momento, como lo son la diabetes y la insuficiencia renal, circunstancia que de igual talante, permite inferir razonablemente que se trata de un hecho que conocía o debía conocer plenamente aquel asegurado, porque se itera era sujeto de un tratamiento de salud ya definido previamente, por lo que el paciente tenía información suficiente sobre la existencia de las enfermedades que lo aquejaban y sus implicaciones, y sin que importe para arribar a esa conclusión, el hecho alusivo a que sus allegados no comprendieran o supieran con exactitud su real estado de salud, como así lo señalaron al unísono en sus declaraciones, puesto que se insiste, para el asegurado, si obra evidencia científica que permite deducir como indicio grave, que aquel si sabía de su real estado de salud para ese instante en particular (arts. 240 y 242 del CGP), y lo ocultó deliberadamente, o en su defecto, no lo informó a la aseguradora para el momento de adherirse al seguro.

Por ende, la acreditación de la mencionada preexistencia previa para el caso constituye un sinónimo de reticencia, debido a que implica una mala fe en la conducta de aquel tomador del seguro por ocultar información que conocía a la aseguradora, amén que se descarta un “error inculpable” del mismo (art. 1058 C.Co.), ya que se itera, al encontrarse para el mes de abril de 2016, data de la suscripción de declaración de asegurabilidad, con diagnóstico galénico definido de una serie de patologías (diabetes e insuficiencia renal), y en curso con un tratamiento primigenio y establecido para ambas enfermedades (diálisis y suministro-control de insulina), resulta claro concluir que contaba a su alcance con información suficiente de su real estado de salud, ajeno además a cualquier duda sobre la materia, ya que contaba con la posibilidad cierta de acceder a esa información clínica, pues estaba inmersa en ella para ese momento, aunado a que se descarta que se trataran de enfermedades silenciosas o que fuera entonces difícil para el tomador saber de su existencia o comprender sus efectos, para el instante de la asegurabilidad, puesto que se itera, en varios registros de la anotada historia clínica de la institución CLINICA RTS-SERVICIO DE TERAPIA RENAL DEL VALLE, como los anteriormente transcritos, queda en evidencia un diálogo directo entre galeno-paciente, respecto al tratamiento de esas dos enfermedades, sus implicaciones y la postura del paciente respecto al acatamiento o no de las recomendaciones médicas dadas en el tratamiento de salud en curso, lo que deja entrever asimismo una suficiente comprensión de éste acerca de la naturaleza de

esas dolencias que padecía, como de su tratamiento, dado que se insiste, en días previos al diligenciamiento de la asegurabilidad, como ya se analizó, el tomador asistió a una terapia de diálisis con su respectivo operador de salud, por lo que resulta incomprensible para el despacho, el no haber informado de esa situación concreta de salud que él conocía plenamente al momento de suscribir la solicitud de asegurabilidad con la compañía aseguradora.

Así mismo, es menester relieves que la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en el estudio de la buena fe en materia de seguros, no ha desdibujado el significado y consecuencia de la reticencia, como lo hace en la sentencia T-222 de 2014, con ponencia del Magistrado LUIS ERNESTO VARGAS SILVA, en donde dijo:

“En este orden de ideas, si el artículo 1058 del Código de Comercio obliga al asegurado a declarar “sinceramente”, es claro que la preexistencia, no siempre, será sinónimo de reticencia[40]. En efecto, como se mencionó, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga. No simplemente un hecho previo celebración del contrato. Por su parte, la preexistencia es un hecho objetivo. Se conoce con exactitud y certeza que “antes” de la celebración del contrato ocurrió un hecho, pero de allí no se sigue que haya sido de mala fe. La preexistencia siempre será previa, la reticencia no[41].

En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo éste no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad.

(...)

En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

4. Existencia de un nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro.

En la aludida historia clínica de la institución CLÍNICA DIME, la cual además es la última que dispensa un tratamiento de salud al paciente EMIRO AMPUDIA, datada el 2017/03/02, hasta su fallecimiento, producto ello de un infarto o paro cardio respiratorio, como asimismo lo señalaron de manera coincidente los actores en sus declaraciones rendidas, en la fecha de ingreso en aquel centro hospitalario (2/3/2017), se anota como motivos de consulta y enfermedad actual de aquel, las referentes a las siguientes: enfermedad o falla renal crónica terminal, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, obeso, en regulares condiciones generales, hospitalizado desde hace 25 días, y con diagnóstico de ingreso concerniente a infarto agudo del miocardio, sin otra especificación (folio 41 y vuelto, cuaderno 2 de pruebas, expediente físico y cuaderno 3 de pruebas, expediente digital).

En el mismo sentido, en la historia clínica de la institución CLÍNICA ESIMED CALI NORTE, la última anotación corresponde a esa misma fecha (2017/03/02), en la que se consigna como diagnostico el referente a “insuficiencia renal terminal”, y en cuanto al tratamiento se señala que se encuentra en DIME “en la unidad de hemodinamia”, para un “cateterismo cardiaco”, por un diagnóstico de “infarto agudo del miocardio” (folios 389-390. Ibídem).

Siendo lo anterior así, de aquellos relatos clínicos, puede inferirse razonablemente que si bien la dolencia relacionada con la causa de muerte del tomador y asegurado, alude a una afectación cardiaca, en todo caso se parte y/o guarda relación la misma con el diagnostico de una insuficiencia renal terminal que igualmente afectaba al mismo, puesto que otra patología no aparece relacionada con la causa de la insuficiencia cardiaca, que se insiste, es la señalada por los actores como el quebranto que finalmente lleva a la muerte al tomador y asegurado.

De otro lado, si se ausculta la literatura médica sobre la incidencia que tiene la enfermedad renal crónica y la diabetes, con las enfermedades cardiovasculares, y en especial, con la ocurrencia de infartos en las personas que las padecen, se encuentra una evidente correlación; para el efecto, se transcribe las anotaciones hechas sobre la cuestión en revistas médicas científicas publicadas en la internet, como la siguiente:

- <https://www.revespcardiol.org/es-enfermedad-renal-cronicacorazon-un-articulo-13124150>. Revista española de cardiología, publicada en junio de 2008:

“La enfermedad renal crónica esta íntimamente relacionada con la enfermedad cardiovascular. Los pacientes con deterioro progresivo de la función renal tienen asociados factores de riesgo cardiovascular tradicionales, que explican en cierta medida el aumento de la morbilidad observada. Sin embargo, otros factores de riesgo no tradicionales, y especialmente el desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda, contribuyen a magnificar este adverso pronóstico. Es necesario un gran esfuerzo en investigación para poder prevenir muertes prematuras como resultado de estos dos trastornos”.

- <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html>, Revista Fundación Española del Corazón:

*“Tanto si la producción de **insulina** es insuficiente como si existe una resistencia a su acción, la **glucosa** se acumula en la sangre (lo que se denomina hiperglucemia), daña progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de aterosclerosis aumentando el riesgo de padecer **una enfermedad cardiovascular**: angina, infarto agudo de miocardio (así como sus complicaciones y la mortalidad posterior al infarto) y la muerte cardíaca súbita. El **riesgo cardiovascular** de una persona diabética de padecer un **evento cardiovascular** se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto.*

*También incrementa la posibilidad de **enfermedad cerebrovascular** o afectación de las arterias periféricas. Para entrar en el cerebro la **glucosa** no necesita **insulina**, ya que penetra directamente desde la sangre. Mantener unos niveles constantes de **glucosa** en la sangre (entre 60-110 mg/dl) evita que se produzcan daños a nivel del sistema nervioso.*

*La **diabetes** puede dañar diferentes órganos: los ojos, con disminución progresiva de visión que puede desembocar en ceguera; los riñones, con pérdida creciente de la función renal que puede terminar en diálisis; el sistema*

nervioso periférico con alteración de la sensibilidades de los miembros inferiores, lo que supone un grave riesgo de úlceras y amputaciones; el sistema nervioso autonómico con alteraciones digestivas, urinarias y de la esfera sexual (impotencia) y las arterias de las extremidades inferiores con riesgo de amputaciones”.

Cabe mencionar, y con relación a la literatura médica, la cuestión alusiva a que la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado la importancia de aquella para el esclarecimiento de los hechos, y en especial, como ayuda para interpretar las pruebas recaudadas en procesos relacionados con temas de la salud humana, ejemplo es lo señalado en la sentencia de fecha 28 de junio de 2017 (SC 9193-2017), con ponencia del Magistrado ARIEL SALAZAR RAMÍREZ, en donde se dijo que:

“El conocimiento científico afianzado, por su parte, son las teorías, hipótesis o explicaciones formuladas por la comunidad científica o ilustrada, respaldadas por la evidencia de sus investigaciones o experimentos. Generalmente se encuentran publicadas en textos académicos, revistas indexadas, artículos especializados, memorias de conferencias o simposios, etc..

De igual modo, allí se acude a lo señalado por la jurisprudencia contencioso–administrativa, en los siguientes términos:

«Es menester aclarar que la apertura definitiva del espectro probatorio para la acreditación del daño a la salud puede generar circunstancias en las que, como en el caso sub lite, se pueda acreditar la existencia de un cierto tipo de alteración psicofísica, sin que ello comporte certeza sobre su naturaleza, intensidad y duración. En estos casos, bien puede el juez acudir a la literatura científica para complementar e interpretar las pruebas obrantes en el proceso. Esta afirmación debe ser cuidadosamente distinguida de la aceptación de que la literatura científica pueda ser tenida como reemplazo absoluto de las pruebas concernientes a los hechos singulares discutidos en el proceso, como lo son la historia clínica, o demás pruebas documentales o testimoniales. Lo que se afirma, más bien es que la literatura científica se acepta como criterio hermenéutico del material probatorio en aquellos casos en los que éste no resulta suficientemente conclusivo».

Conforme los anteriores conceptos médicos especializados, que sirven de apoyo a este juzgador para el entendimiento de asuntos que requieren de un puntual rigor académico, y complementarios a la prueba documental recaudada, concerniente a las historias clínicas del tomador o asegurado, que dan cuenta sobre el estado de salud del tomador del seguro, no solo durante la época previa a la suscripción de la declaración de asegurabilidad, sino concomitante a ese hecho, al igual que posterior a ello, y hasta el momento del lamentable fallecimiento del asegurado, permiten al despacho concluir con certeza acerca de que efectivamente existe un evidente nexo

de causalidad entre la causa del deceso del tomador y las patologías diagnosticadas que lo aquejaban y en tratamiento continuo previo (diabetes e insuficiencia renal crónica), o en su defecto, inferir razonablemente que debido a las características clínicas especiales que rodean a dichas dolencias, contribuyeron éstas en gran medida, o en su defecto, están relacionadas íntimamente con la ocurrencia del infarto o la falla cardíaca que ocasionó la muerte de aquel, puesto que ese hecho acontece como un acto final del deterioro de salud que venía experimentando el paciente, incluso desde años previos, y producto de las mencionadas patologías de base, las cuales siempre aparecen relacionadas en las historias clínicas de atención al mismo, como presupuesto para el respectivo diagnóstico y tratamiento a seguir para el momento, incluido, se itera, las últimas atenciones clínicas o previas al deceso, aunado a que no se arribó tampoco al proceso prueba de otra causa de aquel fallecimiento, malestares que asimismo debe reiterarse existían y eran de conocimiento pleno del tomador para el momento de adquirir el seguro.

Por consiguiente, la aseguradora demandada demostró el nexo de causalidad entre la información omitida y el siniestro, es decir, la mala fe del tomador al ocultar la referida información, y la acreditación de una relación causal efectiva entre esa inexactitud y el siniestro acaecido (T-094 de 2019).

5. Conducta del asegurador.

Establecido como está en el caso, una preexistencia que comporta además una reticencia del tomador del seguro, por faltar a la verdad, aunado a que se descarta la existencia de un error inculpable del mismo, por incompreensión o desconocimiento de las características notorias de las enfermedades padecidas, debe definirse ahora si en todo caso la aseguradora, pudo advertir esa distorsión de la realidad para el momento de la declaratoria de asegurabilidad, en cuyo caso contrario, determinaría la renuncia a la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia, por no adelantar las pesquisas respectivas, y de contera, declarar no probada la excepción planteada, conforme lo ha indicado tanto la jurisprudencia civil como la constitucional, ya transcrita anteriormente.

En la citada sentencia SC2803-2016, se manifestó que:

“Sin embargo, el artículo 1058 en cita atenúa ese agravio, porque cuando el silencio o distorsión de la situación son producto de un «error inculpable del tomador» sólo se disminuye el monto a indemnizar, pero eso sí, con la salvedad de que en el «seguro de vida» una vez transcurridos «dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato» deja de

aplicarse la reducción por expresa disposición del artículo 1160 ejusdem.

Adicionalmente, contempla dos casos en que la «inexactitud» no es constitutiva de «nulidad relativa» o da lugar a un pago proporcional. En primer lugar, cuando el asegurador tuvo un enteramiento previo de la realidad o debía saberla. La otra particularidad es si, con posterioridad al ajuste, éste permite la subsanación de los «vicios de la declaración» o los admite, ya expresamente o de hecho.

Empero, esas salvedades tienen relación con el «conocimiento presuntivo del estado del riesgo» y son inmanentes al deber del asegurador de verificar los datos suministrados por el tomador, cuando tenga serias dudas de su certeza en vista de que se contradicen con aspectos entendidos por él.

De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «[a]unque 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».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

La Corporación en SC 26 abr. 2007, rad. 1997-04528-01, recordó como

[/]o del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto “debido conocer” de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia –en últimas su profesionalismo–, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de “los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”, por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior

se yergue como una de las excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente (subrayado del texto).

Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo”.

En el caso planteado, debe comenzarse por señalar que al descorrer el traslado exceptivo, la apoderada de los demandantes, alega que la aseguradora no le entregó al tomador un cuestionario de preguntas, ni le pidió exámenes médicos o historias clínicas para conocer su verdadero estado de salud, por lo que no opera la reticencia; adicionalmente, es menester señalar que la representante legal de la aseguradora al rendir su interrogatorio, puntualizó que para el momento de la suscripción de la asegurabilidad no encontró elementos de juicio que la llevaran a dudar sobre lo declarado por el tomador, pues aquel declaró un estado de salud normal, por lo que indagar sobre enfermedades que padeciera no era necesario, aunado a que se trataba de un seguro adquirido a través de un tercero, y la duda sobre la veracidad de lo informado, surgió para el instante de la reclamación del pago del seguro, por lo prematuro del evento del fallecimiento del tomador, dada su no edad avanzada, motivo por el que se adelantó una investigación con las entidades de salud donde reposaban las historias clínicas de aquel para esclarecer las causas del deceso, asunto que además aparece autorizado por el tomador a efectuarse por el asegurador en la declaración de aseguramiento firmada por el mismo; en lo tocante a la edad del tomador, según se constata en el registro civil de defunción (folio 95 del cuaderno digital 01), y la indicación sobre la fecha de nacimiento que señala el tomador en la solicitud del seguro (folio 93 ibídem), a la fecha de su muerte aquel tenía 63 años.

De igual talante, se recibe la declaración del testigo DENNYS JAVIER PEREA FLOREZ, el cual manifestó ser técnico en investigación judicial y criminalística, vinculado hasta el mes de septiembre de 2020, con la empresa MCLARENS INVESTIGACIONES SAS, en virtud de lo cual y como destinatario la aseguradora AXA COLPATRIA, realiza a petición de aquella organización, una investigación de campo sobre el proceso de aseguramiento del tomador EMIRO AMPUDIA, a fin de indagar respecto a las causas de su fallecimiento, para lo cual investiga sobre antecedentes médicos y realiza entrevistas a familiares, en especial, a la cónyuge de aquel, señora MARIA EDITH BASTIDAS, encontrando que el tomador al momento de la suscripción de la póliza de seguro, padecía de enfermedades no declaradas; al rendir su declaración, asimismo aporta un documento relacionado con la misma, el cual se autoriza agregarse al expediente (art. 221-6 CGP;

documentos digitales 26 y 27), alusivo al informe final presentado en aquel caso y anexos del mismo, en el cual se insertan como conclusiones las siguientes:

“CONCLUSIONES Mediante las labores adelantadas se logró establecer que el fallecimiento del afiliado EMIRO AMPUDIA, tuvo lugar para el día viernes 24 de marzo del año 2017, luego de permanecer hospitalizado en la Clínica DIME (Neurocardiovascular), del municipio de Cali, instalaciones misma donde se presenta su deceso por paro respiratorio. Cabe resaltar que el afiliado venia presentando diferentes cuadros conforme a su estado de salud, situación que conllevo finalmente a su deceso. Lo anterior se fundamenta por medio de la obtención de historias Clínicas de los diferentes centros médicos y clínicas en las que estuvo hospitalizada y en el caso de otras para tratamientos especializados, donde acuerdo a los registros encontrados se pudo establecer que el afiliado desde el año 2010 le fue diagnosticada una diabetes mellitus (pie diabético), y posteriormente para el mes de noviembre del año 2013 le diagnostican insuficiencia renal crónica y aguda, al igual que insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión esencial (primaria), para el mismo año 2013. Fecha desde la cual inicia tratamiento con la clínica RTS Servicio de Terapia Renal del Valle, posteriormente para el 05 del mes de febrero de 2017 es hospitalizado por dificultad respiratoria en la Clínica ESIMED-Cruz Blanca, llegando finalmente a la clínica DIME donde lastimosamente fallece. Por tanto, teniendo en cuenta los requerimientos específicos solicitados por la compañía, podríamos afirmar que para la fecha en que el afiliado firma la presente póliza objeto de reclamación (22 de abril de 2016), este y su grupo de beneficiarios ya tenían conocimiento de sus diferentes cuadros clínicos”.

Debe indicarse que con relación al mencionado testimonio, la apoderada de la parte demandante, lo tacha por falta de imparcialidad, sustentado en razones del interés que pueda tener aquel en las resultas de este proceso, dada su vinculación laboral con la aseguradora demandada, tacha que el despacho resuelve en esta oportunidad (art. 211 CGP), rechazando la misma, por cuanto si bien el referido testigo rindió un informe técnico relacionado con el caso en mientes, el cual tenía como destinatario final a la demandada AXA COLPATRIA SEGUROS SA, amén de que enfatiza que nunca ha existido una relación laboral directa con aquel ente asegurador, sino que la tuvo con otra empresa que contrataba con aquella (Mclarens), aparece la circunstancia que su intervención en el caso se limita a la rendición del aludido informe, cuyo contenido se itera es aportado al proceso al recibirse su declaración, por lo que las circunstancias alegadas de afectación a su credibilidad o imparcialidad, en razón a una dependencia que no existe en la actualidad y de un presunto interés en la resolución del asunto por una vinculación laboral con la parte demandada no se configuran al caso, por lo que se valorará a plenitud aquel testimonio.

Aclarado lo anterior, debe señalarse que dentro de los anexos del informe mencionado, aparece una entrevista realizada el 13 de junio de 2017 a la señora EDITH MARÍA BASTIDAS, quien era la cónyuge del tomador y asegurado EMIRO AMPUDIA (folio 65 cuaderno digital 1), la cual además fallece en el curso del proceso (folio 208 cuaderno 02), en la que se anota por el entrevistador-testigo, la narración que efectúa la mencionada, y en la que respecto a las condiciones de salud en vida del mencionado EMIRO AMPUDIA, en su relato señala que para el año 2013, es diagnosticado por las enfermedades de insuficiencia renal y diabetes, en tratamiento médico para las mismas y que continúa en el tiempo hasta su deceso; lo anterior, junto a los relatos existentes en las historias clínicas previamente analizadas, permiten entonces corroborar que para el momento de la solicitud de aseguramiento y declaración de asegurabilidad (29 de abril de 2016), las anteriores patologías continuaban y estaban en tratamiento continuo, información entonces ocultada intencionalmente por el tomador y asegurado.

De igual modo, debe resaltarse que la finalidad del aludido informe de campo al investigador contratado y declarante en el asunto, se circunscribe fundamentalmente a establecer el conocimiento del real estado de salud del tomador y sus allegados, para el caso, su esposa, y para el momento del aseguramiento, amén que a pesar de que también en él se menciona que la causa de la muerte está asociada a patologías preexistentes, esa circunstancia el despacho no la avala para acreditar el nexo de causalidad exigido para la reticencia, puesto que esa circunstancia se verifica en el asunto, se reitera, a partir de la prueba documental concerniente a la revisión de las historias clínicas aportadas a la foliatura y su interpretación complementada con literatura médica, descartándose entonces para ese efecto en particular, la declaración del tercero PEREA FLOREZ, puesto que aquel, como bien lo reconoció en su testimonio, carece de conocimientos especializados en medicina, y no fue citado al proceso como perito o testigo técnico en ese campo del conocimiento.

En ese orden de ideas, a falta de prueba en contrario, sumado a que existe evidencia suficiente sobre la circunstancia de que el tomador del seguro, efectivamente no informó de manera veraz sobre su real estado de salud, teniendo conocimiento pleno del hecho, no puede establecerse entonces un conocimiento presunto de la aseguradora sobre el vicio de la declaración y para el momento en que ello aconteció, que acarree entonces que se tenga por renunciado la aplicación de la sanción por reticencia, al no haberse adelantado una gestión adicional a la simple declaración de asegurabilidad, como aquí ocurrió; de igual modo, lo relacionado con la ausencia de cuestionario y la exigencia de pruebas clínicas al tomar para el momento de adquirir el seguro, no hacen depender la configuración o no de la reticencia, conforme se ha explicado anteriormente, y en este caso, se repite, ocurre un ocultamiento deliberado de información por el tomador y asegurado a la aseguradora en la etapa precontractual.

CONCLUSION

En concordancia con lo expuesto, comprobada por la parte demandada la referida excepción, alusiva a la existencia de una nulidad relativa en el contrato de seguro celebrado, carga probatoria que le incumbía, y generada por la existencia de una reticencia en la información que debía suministrar el asegurado al momento de la solicitud de inclusión en la póliza de seguros de vida contratada, la cual era conocedor el mismo y la ocultó al asegurador; medio exceptivo que por su naturaleza, comporta el rechazo de todas las pretensiones formuladas en la demanda, la absolución del demandado, y sin lugar igualmente a pronunciarse sobre los restantes medios exceptivos planteados, conforme lo autoriza el inciso 3º del art. 282 del CGP, precisándose en ese punto, adicionalmente que conforme a lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, la consecuencia de la reticencia, es la declaratoria de la nulidad del contrato de seguro de manera exclusiva, y sin que haya lugar a definir aspectos relacionados con restituciones mutuas entre las partes, en atención a que el art. 1059 ibídem, prevé expresamente que rescindido el negocio «*en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena*», consecuencia única que opera entonces de pleno derecho, y conforme en esos precisos términos lo ha reconocido la jurisprudencia civil (sentencia SC4659-2017).

Finalmente, se procederá a la condena en costas procesales a los demandantes por resultar vencidos en el proceso (art. 365-1 del CGP).

DECISION

EL JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI, administrando justicia en nombre de la república de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

1. DECLARAR probada la excepción alegada por la organización demandada, denominada “*nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado*”, y conforme lo considerado anteriormente.
2. DENEGAR las pretensiones formuladas en la demanda de acción de cumplimiento de contrato de seguro de vida incoada por EDTIH MARIA BASTIDAS

GOMEZ, IVAN DARIO AMPUDIA BASTIDAS, PAOLA ANDREA AMPUDIA BASTIDAS y JOAN SEBASTIAN RENFIGO.

3. CONDENAR en costas procesales a la parte demandante. INCLUIR como agencias en derecho, en la liquidación a practicar por la Secretaría, la suma de \$908.526.00, de acuerdo a la tarifa establecida en el ACUERDO PSAA-16-10554 (1SMLMV).

4. ARCHIVAR el expediente en su oportunidad.

NOTIFIQUESE

El Juez,



ANDRÉS JOSÉ SOSSA RESTREPO

Juzgado 1 Civil del Circuito

Secretaria

Cali, **20 DE ABRIL DEL 2021**

Notificado por anotación en el estado No. **63**

De esta misma fecha

Guillermo Valdez Fernández

Secretario