



República de Colombia  
**Tribunal Superior Del Distrito  
Judicial De Valledupar**  
Sala Cuarta de Decisión Civil – Familia – Laboral

**HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA**  
**Magistrado Ponente**

**PROCESO:** RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-**2017-00121-01**  
**DEMANDANTES:** OMAIDA DE JESÚS SÁNCHEZ MEJÍA  
**DEMANDADOS:** SEGUROS BOLÍVAR S.A.  
**DECISIÓN:** CONFIRMA SENTENCIA APELADA

Valledupar, treinta y uno (31) de agosto de dos mil veintitrés (2023).

### **SENTENCIA**

Procede la Sala a desatar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida el 24 de mayo de 2019 por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar, al interior del proceso de la referencia.

#### **I. ANTECEDENTES**

Omaida de Jesús Sánchez Mejía, promovió demanda para que se declarará civil y contractualmente responsable a la aseguradora Compañía de Seguros Bolívar S.A., con ocasión a la configuración del siniestro de incapacidad total y permanente del 100%. Lo anterior, tras sufrir las patologías de disfonía, esofagitis péptica, espondilosis columna cervical y osteoartrosis degenerativa columna lumbosacra.

En consecuencia, se declare la existencia del contrato de seguro vida grupo deudores y/o póliza No. VP-10001 DE 45115 Crédiexpress, que amparaba las obligaciones crediticias contraídas con el Banco Davivienda S.A correspondiente a los créditos: Leasing habitacional No. 06025256000839304, línea de crédito plus 652525600083857 y 6525256000839507, ante la ocurrencia del siniestro de “*incapacidad total y*

*permanente*”, con fecha de estructuración de la invalidez de 29 de septiembre de 2015.

Igualmente, se condene a la Compañía Seguros Bolívar S.A. a pagar el total del saldo insoluto de las obligaciones financieras contraídas con el Banco Davivienda S.A. y reintegrar directamente los valores cancelados a la entidad bancaria por concepto de cuota mensual de las obligaciones crediticias y la prima del seguro desde el 3 de mayo del 2016, cuando radicó la reclamación ante la aseguradora. Más el pago de los intereses moratorios a los que se refiere el artículo 1080 del Código de Comercio.

En respaldo de sus pretensiones, narró que, se desempeñó como docente oficial desde el 30 de julio del 1981 en la Institución Educativa Bello Horizonte, adscrita a la Secretaría de Educación del municipio de Valledupar.

Indicó, haber suscrito el 14 de febrero de 2015, con el banco Davivienda S.A. el crédito de Leasing Habitacional familiar con el No. 06025256000839304, por un valor de \$128.000.000 m/cte., con la finalidad de financiar el pago total del inmueble ubicado en la calle 3 No. 24 – 73 de la ciudad de Valledupar, Conjunto Villa Ligia I, apartamento No. 214 torre 5.

En consecuencia, el banco Davivienda S.A., le solicitó que suscribiera un contrato de seguros de vida con la compañía Seguros Bolívar S.A. para amparar los siniestros de muerte e incapacidad parcial o permanente, como garantía de pago de la operación financiera pretendida, naciendo así, la póliza de seguros de vida grupo deudores No. VP-10001 DE-45115 correspondiente a los créditos No. 06025256000839304, 652525600083857 y 6525256000839507.

Afirmó que, el día 20 de noviembre de 2014, suscribió de buena fe el formato de asegurabilidad suministrado y elaborado por la compañía aseguradora dentro de *“la estrechez de posibilidad de respuesta”*, correspondiente a su estado de salud, aceptando que se ajustaba a las condiciones preestablecidas en el mismo.

Señaló que, mediante dictamen médico – laboral, expedido por la Unión Temporal de Oriente Región 5, se declaró el 100% de su pérdida de capacidad de manera permanente, con fecha de estructuración de invalidez de 29 de septiembre de 2015, derivado de las patologías de disfonía, esofagitis péptica, espondilosis columna cervical y osteoartrosis degenerativa columna lumbosacra.

Por lo anterior, el 3 de mayo de 2016, solicitó al Banco Davivienda la efectividad de la póliza No. VP-10001 DE-45115 contratada con Seguros Bolívar S.A. y consecuentemente, se realizara el pago del saldo total de las líneas de crédito No. 06025256000839304, 652525600083857 y 6525256000839507.

Sin embargo, el banco Davivienda S.A. el 20 de julio de 2016, le informó que Seguros Bolívar S.A. negó la reclamación de la póliza referida con fundamento en la existencia de conducta reticente al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, al alegar con ello nulidad relativa al existir un diagnóstico de disfonía crónica y discopatía lumbar, que no fueron informadas. Por tanto, era imposible la ejecución de la póliza de seguros.

Expresó que, al momento del diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, no contaba con un diagnóstico de enfermedades crónicas ni recibía tratamiento alguno. Así mismo, en el formato de declaración proporcionado, se consignó autorización de acceso a la historia clínica de la actora, con el fin de corroborar la información aportada y determinar las condiciones reales de salud.

Dijo que, la compañía de Seguros Bolívar S.A. no formuló preguntas precisas y claras que ayudaran a profundizar sus condiciones de salud, limitándose a cuestiones generales con poco o ningún espacio de respuestas específicas.

## II. TRÁMITE PROCESAL

Admitida la demanda mediante proveído de 19 de julio de 2017 y corrido su traslado, la compañía Seguros Bolívar S.A., en escrito de 29 de agosto de 2017, aceptó los hechos números 2 y 3, 8 y 16, negó los demás. Se opuso a la totalidad de las pretensiones y al juramento estimatorio, por lo que propuso las siguientes excepciones de mérito:

*“Nulidad por reticencia del contrato de seguro- Inexistencia de obligación por parte de la compañía de Seguros Bolívar S.A.”*, por cuanto existió omisión por parte de la asegurada en proporcionar información relacionada a las enfermedades que padecía al momento de la suscripción de la póliza, lo que vicia el contrato de nulidad relativa según el artículo 1058 del Código de Comercio.

*“Falta de legitimación de la causa por pasiva – Inexistencia de la responsabilidad” y “Vulneración a la buena fe contractual”*, al señalar que la compañía aseguradora no está llamada a responder por las pretensiones de la demanda, pues cumplió con los requisitos contractuales exigidos por la ley comercial, sin embargo, la Sra. Sánchez Mejía ya tenía antecedentes médicos diagnosticados y tratados desde el 2007, tanto así que para el 2012 fue diagnosticada con *“Faringitis aguda no especificada, disfonía”*.

## III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar, mediante sentencia de 24 de mayo de 2019, accedió a las pretensiones de la demanda y resolvió lo siguiente:

**PRIMERO:** *Declarar no probada las excepciones de mérito propuestas de Nulidad por reticencia del contrato de seguros, inexistencia de la obligación por parte de la compañía de Seguros Bolívar S.A., falta de legitimación de la causa por pasiva y vulneración de la buena fe contractual. En consecuencia conceder las pretensiones invocadas en la demanda.*

**SEGUNDO:** *Declarar la existencia del contrato de seguros de vida grupo deudores y/o póliza N° VP-10001 DE-45155 Crédito Crediexpress suscrito entre la Compañía de Seguros Bolívar SA en calidad de*

*aseguradora y la señora Omaidá de Jesús Sánchez Mejía en calidad de asegurada con el fin de amparar las obligaciones crediticias contraídas con el Banco Davivienda SA, denominadas Línea de Crédito Plus 6225256000838657, Línea Crédito Plus 6525256000839507 y Leasing Habitacional 6525256000839304. Igualmente, la ocurrencia del siniestro de incapacidad total y permanente de la señora Omaidá de Jesús Sánchez Mejía con fecha de estructuración de 19 de septiembre de 2015 en virtud del contrato de seguros antes reseñado.*

**TECERO:** *Declarar civilmente responsable a la Compañía de Seguros Bolívar SA y se le ordena a pagar a la señora Omaidá de Jesús Sánchez Mejía el total del saldo insoluto de las obligaciones financieras identificadas por la entidad banco Davivienda SA, así: Línea de Crédito Plus 6525256000838657, Línea Crédito Plus 6525256000839507 Leasing Habitacional 6525256000839304 amparados con la póliza N° VP-10001 DE-45155 Crédito Crediexpress, dada la ocurrencia del siniestro de incapacidad total y permanente por la suma de ciento treinta y cuatro millones ciento diecisiete mil trescientos ocho pesos (\$134.117.308).*

**CUARTO:** *Se condene a la compañía de Seguros Bolívar SA, a devolver, reintegrar o restituir directamente a la señora Omaidá de Jesús Sánchez Mejía, los valores que efectivamente ha pagado al Banco Davivienda SA y a la demandada por concepto de cuota mensual de las obligaciones crediticias y prima del seguro, respectivamente, causadas ininterrumpidamente desde el 3 de mayo de 2016, fecha en que radicó la reclamación ante la aseguradora hasta los que resulten probados al momento de la ejecutoria de la sentencia.*

*Numeral **adicinado** en el mismo acto de audiencia de la siguiente manera: “y los pagos sucesivos que logre probar la parte demandante hasta tanto quede ejecutoriada la presente sentencia”*

**QUINTO:** *Se condene a la Compañía de Seguros Bolívar SA a pagar los intereses moratorios a que se refiere el artículo 1080 del Código de Comercio, esto es, causados ininterrumpidamente desde el 3 de mayo de 2016 fecha en que se radicó la reclamación ante la aseguradora hasta cuando se haga efectivo el pago de la obligación.*

Como sustento de la decisión indicó que, el solo hecho que para el 2012, la historia clínica de la tomadora evidenciara ciertas patologías o afecciones a su salud, no era prueba de reticencia, pues, ello constituía unas simples molestias que no generan un diagnóstico preciso que demostrara un padecimiento determinado del que tuviese conocimiento y, con ello, incurriera en mala fe, encubriendo así su verdadero estado para adquirir la póliza.

Arguyó que, recaía en la aseguradora, la obligación de demostrar la reticencia de la demandante, por lo que no bastaba para ello la incorporación de dos folios de la historia clínica en los que siquiera figuró el nombre de ella. Tampoco bastaba, la simple afirmación de que la demandante sabía o debía conocer que padecía síntomas o enfermedades antes de tomar el seguro, dado que la aseguradora tenía todas las facultades para indagar sobre su estado real de salud.

Con todo, de los elementos obrantes en el plenario, se probó el incumplimiento de la aseguradora al no acceder al pago de la póliza adquirida. Así mismo, el certificado de asegurabilidad de 20 de noviembre de 2014 era un documento escueto que no poseía especificaciones con respecto al estado de salud del beneficiario, es decir, no era un formulario claro y expreso que respondiera directamente al padecimiento de ciertas molestias, enfermedades o patologías.

Concluyó que, para la fecha de la celebración del seguro, la accionante se encontraba en perfecto estado de salud y no tenía como determinar que posteriormente sería calificada con pérdida de capacidad total y permanente del 100%. En consecuencia, el contrato firmado produjo los efectos previstos en él y debía ejecutarse.

En consecuencia, al demostrarse la pérdida de capacidad laboral de la reclamante Sánchez Mejía posterior al certificado de su asegurabilidad y la patología notificada, se configuró el amparado de incapacidad total y permanente, al no demostrarse la demandada que aquella pudiera conocer la gravedad de sus enfermedades y, alguna de ellas, afectara ruidosamente su salud para el momento de la toma del seguro.

#### **IV. DEL RECURSO**

Inconforme la **parte demandada**, interpuso recurso de apelación, el cual sustentó en que el despacho realizó una interpretación equívoca del artículo 1058 del Código de Comercio, al considerar que la norma requiere no solo la omisión por parte de la demandante de hechos que pudieron

generar primas más onerosas o retractación del contrato, sino también la mala fe.

Señaló que, el fallador no puede imponer a la compañía aseguradora una carga que no se encuentra contemplada en la ley para declarar la nulidad relativa del contrato, al indicar que es a la Compañía Seguros Bolívar quien debe demostrar la mala fe de la demandante.

Reiteró, demostrado con el formato de declaración de asegurabilidad que, si se formularon preguntas para tener conocimiento del riesgo a asegurar, las cuales eran claras, sencillas y comprensibles. Además, la actora era una persona “*preparada*” para comprender el documento, sin embargo, omitió información frente a las enfermedades que padecía, al evidenciarse en su historia clínica antecedentes de tratamiento por disfonía crónica desde el 2012 y cirugía de discopatía lumbar en 1994.

En consecuencia, solicitó revocar la sentencia de primera instancia en sus numerales primero, tercero, cuarto, quinto y sexto, para en su lugar, absolver a la demandada y condenar en costas a la demandante.

Para resolver el recurso presentado, los Magistrados, previa deliberación, exponen las siguientes:

## **V. CONSIDERACIONES**

Verificada la ausencia de irregularidades que puedan ocasionar la invalidación de lo actuado, así como la satisfacción de los presupuestos procesales para decidir el recurso de apelación en los términos y con las limitaciones que establece el artículo 328 del C.G.P y la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil del órgano cierre<sup>1</sup>, es del caso resolver el fondo del litigio.

---

<sup>1</sup> “El apelante debe formular los cargos concretos, y cuestionar las razones de la decisión o de los segmentos específicos que deben enmendarse, porque aquello que no sea objeto del recurso, no puede ser materia de decisión, salvo las autorizaciones legales necesarias y forzosas (art. 357 del C. de P. C., y 328 del C. G. del P.)” (CSJ, sentencia del 1° de agosto de 2014, expediente SC10223-2014, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona).

En el caso analizado, el problema jurídico a resolver se contrae en determinar si le era exigible a la demandada acreditar la mala fe de Omaidá de Jesús Sánchez Mejía en el negocio asegurativo celebrado conforme lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, para la configuración del fenómeno de reticencia y su consecuente nulidad.

La tesis que sostendrá la Sala es la de confirmar el veredicto reprochado, por cuanto, la jurisdicción ordinaria y constitucional exigen la prueba de la mala fe y otros elementos no acreditados en el plenario para la declaración de nulidad excepcionada. Veamos:

### **1. Generalidades del contrato de seguros.**

A partir de los elementos jurídicos característicos del contrato de seguros, se tiene por este, aquel *“por virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de “daños” o de “indemnización efectiva”, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro”*.<sup>2</sup>

Así, sus elementos esenciales, de cara al artículo 1045 del Código de Comercio, se ha dicho son: a) el interés asegurable (art. 1083 y 1137); b) el riesgo asegurable (art. 1054); c) la prima o precio del seguro (art. 1066) y el pago del siniestro, como obligación condicional del asegurador (art. 1072) dentro de plazo legal (art. 1080).

En otras palabras, surge para el asegurador, la obligación de reconocer específicamente con ocasión de la ocurrencia del siniestro el pago de la suma por la que estuviese cubierto contractualmente el interés tutelado, así como para el asegurado y -tomador-, que en la mayoría de veces concurren en la misma persona, inclusive como beneficiario, adelantar

---

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC 19 dic. 2008, rad. 2000-0075-01.

aquellas acciones u omisiones indispensables para la satisfacción del interés propio, además de proceder conforme lo normado en el artículo 1074 *ibidem*, presentado la reclamación ante el asegurador por el hecho ocurrido.

## **2. Seguro de vida -Grupo deudores-**

Como quiera que el asunto concreto deriva de la modalidad de póliza de vida grupo deudores, resulta útil para entender su naturaleza y elementos, memorar lo consignado por el órgano cierre en su Sala de Casación Civil lo siguiente:

**6.1.** Su celebración no es obligatoria, ni constituye un requisito indispensable para el otorgamiento de un crédito. De hecho, debe recordarse que el artículo 191 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993), prescribe que “solamente por ley podrán crearse seguros obligatorios” y, en este caso, no existe una exigencia tal impuesta por el legislador.

*Esta forma de aseguramiento, como está concebida, representa una garantía adicional de carácter personal, cuyo acogimiento depende de la aquiescencia del deudor y de las políticas sobre manejo de riesgo de las entidades financieras, todo, sin perjuicio de que el mismo obligado decida adquirir dicho amparo por iniciativa propia.*

**6.2.** Sucede, sin embargo, que cuando se constituye dicha garantía, normalmente el deudor-asegurado adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas con la aseguradora que otorga la póliza colectiva. Precisamente, el numeral 4.4., del Capítulo VI, del Título I, de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Bancaria -modificado por la Circular Externa 015 de 2007-, prevé que “cuando el deudor opte por su adhesión como asegurado a la póliza tomada por la entidad de crédito, esta deberá suministrarle información sobre los requisitos y el procedimiento para el perfeccionamiento de su inclusión. Según esto deberán establecer mecanismos expeditos, objetivos y claros, que constarán en los correspondientes manuales de procedimiento y quedarán a disposición de esta Superintendencia en la respectiva sede social para ser revisados en las visitas de inspección”.

*Por su parte, el Numeral 2° del artículo 210 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993), establece que “en todos los casos el deudor deberá recibir un certificado individual y copia de las condiciones del contrato de seguro con la estipulación de la tarifa aplicable”, lo que deja ver la necesidad de que el asegurado, cuyo interés asegurable es el que se protege, cuente con la debida información sobre el contenido y alcance de la póliza contratada.*

**6.3.** *Asimismo, cuando le es exigida, el deudor tiene la posibilidad de adquirir la póliza con otros aseguradores (...)*

**6.10.** *En el seguro de vida grupo deudores, dada su naturaleza y finalidades especiales, el valor asegurado es el acordado por las partes, esto es, el convenido por el acreedor-tomador y la aseguradora, quienes para tal fin gozan de libertad comercial. (negrilla fuera de texto original)*

### **3. Nulidad del contrato de seguro.**

Consagra el artículo 1058 del C. Co. que, el tomador del seguro está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, por lo que la reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias conocidos por el asegurador, que hubieren retrotraído la celebración del negocio jurídico o llevado a estipular condiciones más onerosas, conllevan a la nulidad relativa del contrato.

#### **3.1 Buena fe y reticencia.**

Conforme el artículo 871 del Código de Comercio, la “buena fe”, se instituyó como principio rector de los actos mercantiles, rigiendo para “*todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural*”.

Por su parte, el artículo 1058 *ibidem*, consagra que, en virtud del principio de la buena fe, el tomador del seguro tiene la carga de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo.

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

*aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.*”<sup>3</sup>

No obstante, enseña la jurisprudencia pacífica del órgano cierre que, ello “*no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «prescinda del examen médico» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el fondo, ante la alternativa de corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia.*”<sup>4</sup>

Matizando la intervención de la aseguradora, la Corte Suprema señala que, la “*potestad (...) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él*”<sup>5</sup>. Todo, «*mediante (...) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos*»<sup>6</sup>. Esto, Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo.

De tal modo dice la Corte que:

*“En la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fé son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. Fundadas en el cuestionario o en su investigación en relación con el tomador, es*

---

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC3791-2021.

<sup>4</sup> Ibidem

<sup>5</sup> CSJ. Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528.

<sup>6</sup> CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

*como pueden asumir la determinación de no contratar o de hacerlo en condiciones más onerosas. La obligación emanada del 1058 es bifronte, cobija a las dos partes.”<sup>7</sup>*

A su vez, frente a la existencia de reticencias o inexactitudes y la nulidad relativa del contrato de seguro, en línea de la jurisprudencia que ha citado, tiene dicho que solo se impone “*cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo (artículo 1058, in fine, del Código de Comercio<sup>8</sup>), no obstante, lo cual, aceptó celebrar el negocio asegurativo. En este caso se entiende que ninguna dificultad avizó para otorgar el consentimiento. Y por otra, cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente.*”

Inexactitudes u omisiones que, solo producen nulidad relativa si los vicios de la declaración del estado del riesgo son «*relevantes*»<sup>9</sup>.

Sobre esto último, la jurisprudencia constitucional<sup>10</sup>, en concordancia con la ordinaria, ha puntualizado que:

*“(...) es incuestionable que la ley no ha consagrado una pormenorizada relación de los hechos que determinan el estado del riesgo en el contrato de seguro (numerus clausus), sin que tampoco pueda pasarse por alto que las circunstancias que ofrezcan incidencia en un evento concreto, in casu, pueden carecer de ella en otro distinto. Por tal razón, compete al juez, en cada caso específico, dado que se trata de una quaestio facti, auscultar y validar, desde la óptica del singular contrato de seguro sub iudice, cuáles acontecimientos fácticos pudieran interesar o incidir en el asentimiento del asegurador y cuáles no (juicio de relevancia o de trascendencia) (...)»<sup>11</sup>*

---

7 CSJ. SC3791-2021

8 “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”.

9 OSSA G., J. Efrén. Teoría General del Seguro - El Contrato. Editorial Temis. Bogotá. 1991. pág. 333.

10 Corte Constitucional. Sentencia C-232 de 15 de mayo de 1997.

11 CSJ. Civil. Sentencia de 12 de septiembre de 2002, expediente 7011.

#### 4. Caso concreto.

El *sub examine*, parte del hecho incontrovertido de la existencia de la relación contractual entre las partes, acreditada con el certificado individual de seguro de vida grupo- deudores- de 9 de agosto de 2016, en el que figura como asegurada Omaidá de Jesús Sánchez Mejía y beneficiario el Banco Davivienda S.A, en virtud del cual se expidió Póliza No. DE-45155 y su respectivo anexo, cuyos amparos figuran “*vida*” e “*incapacidad total y permanente*”.

Por tanto, se tiene por satisfecha la legitimación de la accionada para promover la acción incoada en vista de la afectación patrimonial que le acarrea el no pago del siniestro amparado en el contrato de seguro a favor de Davivienda S.A.

Dicho lo anterior, se memora que la disputa o inconformidad concreta motivo de la alzada, versa en una supuesta mala interpretación del juzgado respecto a lo consignado en el artículo 1058 del Código de Comercio, ello, por exigir para la declaración de nulidad relativa del contrato, además de la prueba de la omisión en la información requerida para la asegurabilidad de la accionante, la probanza de la mala fe. Elemento no consagrado en dicho precepto legal.

Bajo este panorama, conviene recordar que, en sentencia de 1º de septiembre de 2021, luego de realizar un barrido de la jurisprudencia ordinaria y constitucional sobre la interpretación del artículo 1058 del C. Co., en lo que respecta a la reticencia, indicó:

*(...) ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para*

**demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida**<sup>13</sup>.  
2. **La mala fe debe probarse.** Lo anterior conduce a establecer, que compete **a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo.** 3. La necesidad de **probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro;** siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. Este punto por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela.” (resaltado propio)

Así mismo, en sede constitucional por unanimidad, en proceso con radicación 11001-02-03-000-2020-00827-00, la citada Sala realizó la doctrina de la sentencia T-282 de 2016, donde se explican algunos de los criterios expuestos antes:

*«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 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» (Resaltado propio, subrayas en texto original).

Tesis anterior, reiterada en sentencia T-027 de 2019 por la Corte Constitucional, en la que enfatizó que la aseguradora debía acreditar: **i)** El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro, y **ii)** La mala fe al celebrar dicho negocio jurídico, en los siguientes términos:

*“(…) [L]a carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que, si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.*

*«[E]l deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.*

*«[D]esplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, **comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia.** Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado»<sup>12</sup>.*

---

<sup>12</sup> COLOMBIA, C. Const. Sent. 027 del 30 de enero de 2019, Mg. Pon. Dr. Alberto Rojas Ríos.

Todo esto, bajo el contexto que el estudio o juicio recae precisamente en la afectación de la voluntad o vicio del consentimiento de la aseguradora en la celebración del contrato, es decir, que ante el ocultamiento con propósito y relevancia, aquella no pudo determinar correctamente su conducta negocial.

Visto lo anterior, no es equívoca la decisión de primera instancia que exige la probanza de la mala fe de la Sra. Sánchez Mejía, para la declaración efectiva de las defensas propuestas por la aseguradora, presupuesto además que se detalla, no descansa tampoco solo en su acreditación llana, pues también es exigible conforme la jurisprudencia, la acreditación de la relevancia de dicha omisión de información, ya que la nulidad relativa se presentará cuando, de haberla conocido el asegurador, ello, lo «*hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas*», y no por la simple evidencia como lo planteó el recurrente.

Es más, fijese que, en escrito de contestación a la demanda, la pasiva propuso como uno de los medios exceptivos, la que denominó “*vulneración de la buena fe contractual*”, en la que luego de desarrollar los conceptos propios de la buena fe y traer a colación pronunciamientos jurisprudenciales de la H. Corte Suprema de Justicia y el máximo tribunal constitucional, hizo alusión precisamente a la regla general referente a que la buena fe se presume y la mala debe ser probada. Para ello, basta observar la sentencia C-544 de 1994 citada en su integridad y los apartes señalados por la demandada.

Incluso, resulta paradójico que el recurrente, cimiente su defensa entre otras cosas, en el elemento de la mala fe, que luego desconoce en sede de impugnación para aludir que no se debía exigir su probanza.

En este punto, téngase en cuenta que se trataba de una exceptiva, que además de las subreglas jurisprudenciales vistas, le era aplicable la regla del artículo 167 del Código General del Proceso, pues, la carga de la prueba de tales elementos gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción. Tan es así, que en el certificado de asegurabilidad, la misma compañía, consagra que se otorgaba

autorización expresa para obtener entre otros elementos, la historia clínica y los datos que en ella se registraran, al mismo tiempo que sus anexos.

Claro lo anterior, de los elementos obrantes en el plenario, no existen pruebas que permitan la corroboración del presupuesto de inexactitud u omisión en la declarativa de asegurabilidad, pues como bien lo indica el *a quo*, solo descansan en el plenario a folios 104 y 105, a partes de una historia clínica en la que si quiera se encuentra la identidad de a quien corresponde. Mucho menos, existen medios de prueba sobre cómo la falta del suministro de la información, que dijo la aseguradora no contar al momento de contratar, hubiese modificado o afectado su voluntad, impidiéndole celebrarlo o, haciéndolo bajo otras condiciones. Elemento último, igualmente exigible para la operancia de la nulidad alegada.

Así las cosas, no le asiste razón alguna a la recurrente en su reparo de indebida interpretación del artículo 1058 del C. Co, por exigirse la prueba de la mala fe de la tomadora y, en todo caso, tampoco acredita la preexistencia de patología que hiciera reticente a Sánchez Mejía en el contrato celebrado. En consecuencia, se confirma en su integridad el fallo apelado.

Al no prosperar el recurso de apelación interpuesto, la recurrente será condenada en costas y se fijarán agencias en derecho en esta instancia en la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente<sup>13</sup>, que incluirá el Juzgado de primera instancia en la liquidación de costas de conformidad al artículo 366 del C. G. del P.

## **VI. DECISIÓN**

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

---

13 Conforme los parámetros del Acuerdo No. PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016.

## RESUELVE

**PRIMERO: CONFIRMAR** la Sentencia proferida el 24 de mayo de 2019, por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar, en el presente asunto conforme lo expuesto en este proveído.

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

**TERCERO: TENGASE** como apoderada de la demandante a SUSANA ROSA GUERRA MENDOZA con T.P No. 274.069 del Consejo Superior de la J., conforme revocatoria de poder y sustitución de 16 de marzo de 2023.

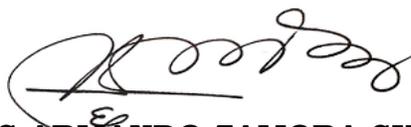
**CUARTO:** Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para los fines pertinentes.

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.**



**HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA**

Magistrado



**JESÚS ARMANDO ZAMORA SUÁREZ**

Magistrado

(Con impedimento)

**ERDUADO JOSÉ CABELLO ARZUAGA**

Magistrado

Apelación de sentencia civil, radicado: 20001-31-03-004-**2017-00121-01**.