



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
SALA CIVIL – FAMILIA –LABORAL

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
ASUNTO: APELACION SENTENCIA
RADICADO: 20001 31 03 005 2018 00133 01
DEMANDANTE: JHON JAIRO QUINTERO ROSADO
DEMANDADOS: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

MAGISTRADO PONENTE: ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ

Valledupar, veintinueve (29) de septiembre dos mil veintitrés (2023)

Procede la Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, a resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandante en contra de la sentencia proferida el 20 de Junio de 2019, dictada por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar, dentro del proceso verbal de Responsabilidad Contractual, promovido por JHON JAIRO QUINTERO ROSADO contra el señor SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

ANTECEDENTES

1.- **HECHOS RELEVANTES.** El señor Jhon Jairo Quintero Rosado presentó por conducto de apoderado judicial, demanda de Responsabilidad civil contractual en contra de la compañía de seguros Suramericana S.A., con el fin de que se declare la existencia del Contrato de Seguro de Vida “Plan de Vida personal No.3844448-9 suscrito el 13 de septiembre de 2016, y como consecuencia de ello, se declare responsable a dicha aseguradora, de pagar a favor del demandante la suma de CIENTO CINCUENTA MILLONES de pesos (\$150.000.000) por concepto del amparo por incapacidad total o permanente junto con los intereses moratorios que se lleguen a causar.

Del relato fáctico de la demanda, se extrae que al señor Quintero Rosado le fue aprobada póliza bajo el consecutivo 3844448-9 el día 13 de septiembre de 2016, por Seguros Suramericana cuyo propósito era garantizar cualquier eventualidad o enfermedad total/permanente a favor del demandante. Debido a quebrantos de salud, fue valorado y calificado por medicina ocupación, emitiéndose dictamen de pérdida de capacidad laboral del 55.35% con fecha de estructuración el 6 de octubre de 2016 y notificado en junio del año siguiente, razón que lo llevó a reclamar el amparo el día 17 de julio de 2017.

Señala que Suramericana objetó por carecer de cobertura, siendo los diagnósticos emitidos con anterioridad al 13 de junio de 2016. Añade que la compañía de seguros no realizó las averiguaciones pertinentes acerca del estado de salud del potente asegurado, por tanto no se avizora ningún tipo de vicio que invalide el contrato, en cambio si hace uso de su posición dominante para no reconocer el pago de la indemnización.

2.- TRÁMITE PROCESAL. La demanda fue radicada inicialmente en el circuito de Chiriguaná, que mediante auto adiado 16 de mayo de 2018, el Juzgado Civil del Circuito dispuso rechazar por falta de competencia en razón al factor territorial, siendo remitido a reparto entre los Juzgados Civiles del Circuito de Valledupar, correspondiéndole al quinto, mismo que inadmitió por no referenciar los nombres y domicilios de las partes, subsanado aquel yerro, se admitió el 9 de julio de 2018, ordenando, de paso, correr traslado de esta al demandado por el término de veinte (20) días.

3.- Surtido los trámites tendientes a la notificación, Seguros de Vida Suramericana S.A., contestó reconociendo la existencia del contrato de seguro contenido en la póliza No. 3844448-9, sin embargo anotó que la estructuración de PCL acaeció sin haber transcurrido siquiera un mes desde la suscripción del contrato, lo que denota mala fe del tomador con el fin de siniestrar la póliza, habida cuenta que contrató el seguro de vida y posteriormente procedió a calificarse, sin informar sinceramente su estado de salud.

Planteó como excepciones las siguientes: i) Inexistencia de cobertura por exclusión convencional del riesgo, de conformidad con lo establecido en las condiciones generales de la póliza de seguro de vida grupo No. 3844448-9 expedida por seguros de vida Suramericana S.A.; ii) Inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en la póliza No. 3844448-9 por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador/asegurador en la declaración del estado del riesgo; iii) Mala fe; iv) Imposibilidad de afectación del amparo cuyos pagos se reclaman por inexistencia de oportunidad para controvertir dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral practicados a la aseguradora, de conformidad con lo establecido en el decreto 1352 de 2013; v) Limite de responsabilidad de seguros de vida Suramericana S.A. hasta el importe del valor asegurado en el amparo de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad; vi) Genérica o innominada.

LA SENTENCIA APELADA

4.- Determinó la juez *a quo*, probada las excepciones de mérito propuestas por la compañía de seguros. Arribo a tal decisión luego de memorar la jurisprudencia nacional relacionada a la materia, y realizando subsunción al caso bajo estudio, determinó que el demandante en su calidad de asegurado faltó a la verdad en la declaración de asegurabilidad, como se pudo constatar con las pruebas practicadas en juicio que, en el cuestionario no indicó que tenía o le habían sido diagnosticado trastornos psiquiátricos, tampoco refirió que había recibido intervención quirúrgica dentro de los 6 meses anteriores a la suscripción del contrato, ello fue corroborado a su vez con la historia clínica del demandante donde figuraba que tenía diagnóstico de dorsalgia, y en el mes de septiembre del 2016 se le diagnosticó lumbago por presentar cuadro clínico de larga duración caracterizado por dolor agudo de moderada intensidad localizado en región lumbar irradiado a miembros inferiores con trastorno a la deambulacion.

Puntualizó que el demandante a la fecha de contratación del seguro, ya venía padeciendo de tales enfermedades siendo aquellas patologías por las cuales le fue determinada una invalidez del 55.36% esto es trastorno depresivo recurrente, otros trastorno del disco cervical, y trastorno disco lumbar con radiculopatía, que incidieron notoriamente en su calificación. No obstante a sabiendas de sus patologías, no manifestó al momento de declarar el riesgo y contratar la póliza de seguro.

RECURSO DE APELACIÓN, SUSTENTACIÓN Y TRASLADO

5.- La sentencia fue apelada en audiencia por el apoderado judicial del demandante, quien manifestó su inconformidad con el fallo al realizarse un análisis indebido y errado del acervo probatorio, además de incurrir en una indebida interpretación de la norma sustancial aplicable a ese tipo de casos.

Con posterioridad a la admisión del recurso de apelación por el Tribunal, esta corporación ordenó que el presente asunto se tramite en segunda instancia conforme al procedimiento previsto en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, concediendo al apelante un término perentorio para que sustente la alzada, al igual que al no recurrente para descorrer el recurso presentado.

Fue así como el recurrente presentó escrito sustentando su apelación como se relaciona a continuación:

5.1.- El sentenciador de primera instancia omitió y desconoció lo normado en el artículo 1058 del Código de Comercio, inciso tercero, el cual preceptúa que cuando el error es imputable al asegurado el contrato no será nulo, máxime cuando no se logró acreditar esa mala fe inherente a la figura o fenómeno de la reticencia, requisito indispensable al decreto de la nulidad. En la etapa precontractual se atendió la buena fe pues en el cuestionario de asegurabilidad no existió preguntas relacionadas a problemas lumbares, aunado a la falta de asesoría respecto a las patologías de base, por tanto, se echa de menos los elementos constitutivos de la reticencia.

Insiste en que yerra el a quo por indebido análisis probatorio, específicamente en la práctica del interrogatorio al demandante, pues en la declaración rendida manifestó que no fue él quien realizó la declaración de asegurabilidad, no tampoco recibió asesoría por parte del personal adscrito a la compañía de seguros, inclusive que no le fue explicado la importancia de manifestar todo lo relacionado con ese tema, cobrando mayor fuerza la postura de posición dominante que ostenta la aseguradora, misma de la que se valió para una asesoría integral y el pago de la póliza.

Respecto a la exclusión convencional del riesgo planteado por la demandada como excepción, representa a su juicio una cláusula abusiva que trasgrede los derechos de su mandante como consumidor financiero.

6.- La parte no recurrente describió el traslado y respecto a los reproches endilgados, manifestó que se debe aplicar el precedente judicial vertical relativo a la nulidad por reticencia en atención a la postura actualizada de la Corte Suprema de Justicia, misma que sostiene la importancia de la buena fe desde la etapa precontractual, siendo que los actos deshonestos le restan eficacia al contrato de seguro, en tanto que al tenerse conocimiento previo a la expedición de la póliza, del riesgo que se va asegurar, información que es ocultada, reviste anomalías que impactan la voluntad del asegurador al momento de celebrar el contrato.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

7.- De conformidad con el artículo 320 del CGP, la Sala es competente para resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, únicamente en los reparos concretos formulados por el apelante, sin perjuicio de las cuestiones que deban ser absueltas de oficio. Así mismo, esta providencia es emitida luego de efectuar control de legalidad sobre toda la actuación surtida y constatar que se cumplen todos los requisitos sustanciales y procesales para resolver de fondo.

Igualmente debe indicarse que, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2213 de 2022¹, se facultó al Juez de Segunda instancia para dictar sentencia por escrito, conforme a lo cual procederá esta Corporación.

8.- En forma preliminar, se realizará, conforme a la petición del no recurrente, un estudio del precedente jurisprudencial del órgano de cierre, a fin de establecer si el demandante tuvo un comportamiento reticente, al omitir especificar las patologías que padecían en el formulario de asegurabilidad.

Los elementos esenciales de todo contrato de seguro, al tenor del canon 1045 del Código de Comercio, son el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador de pagar el siniestro en caso de ocurrir el riesgo amparado. Respecto al riesgo asegurable, este ha sido objeto de estudio en tanto que su eventualidad de ocurrencia es lo que da vida al seguro, mismo que no pende de la voluntad del tomador y/o asegurado, sino que al configurarse el siniestro que se ampara, se activa inmediatamente el pago de indemnización.

Por supuesto, al ser una circunstancia incierta, nace la imperiosa necesidad para el asegurador de conocer todos los factores que incidan en la probabilidad de que suceda el siniestro, ello con el fin de que la compañía de seguro determine sí lo asumen y bajo qué condiciones.

Precisamente el artículo 1058 del Código de Comercio colombiano, dispone que el tomador y/o asegurado *“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*

¹ Artículo 12. APELACIÓN DE SENTENCIAS EN MATERIA CIVIL Y FAMILIA. El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia se tramitará así: (...) Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado.(...)

celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”.

Ciertamente del supuesto normativo se desprende que le asiste el deber al tomador de proporcionar información fidedigna respecto al estado del riesgo, luego sí falta a su deber de transparencia, vicia el consentimiento de la compañía de seguros, pues conduce a la aseguradora a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que verdaderamente existen, de modo que sí hubiera conocido la realidad, se habría abstenido de su celebración o habría convenido condiciones diferentes o estipulaciones más onerosas. De allí la aplicación del principio de la buena fe prevista en el artículo 871 del Código de Comercio.

El precedente vertical del órgano de cierre ha sido enfático en que fuera de discusión se encuentra la declaración de nulidad relativa del contrato cuando, en casos como el presente, la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permitan establecer el estado del riesgo, resultan inexactas o este incurre en reticencia, sin embargo, el quid del asunto está en determinar si la prueba de la reticencia o inexactitud sin más, es suficiente para decretar la nulidad relativa o implica demostrar algo adicional. En sentencia SC3791-2021 con la ponencia del Dr. Luis Armando Tolosa, se anotó:

“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.

Ello, sin embargo, 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.

Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, tiene dicho, gira 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»². Todo, dijo en otra ocasión, «mediante (...) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos»³.

La *uberrimae bona fidei*, por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados, al «mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas». De modo que le corresponde al tomador expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, pero también al asegurador se le impone una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de “pesquisa” como ya los había exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio, sobre el entendimiento del texto en cuestión, en el antecedente de casación civil de 19 de abril de 1999, expediente 4929, en el cual la Sala preconizó que la buena fe es «un postulado de doble vía (...) que se expresa –entre otros supuestos- en una información recíproca», tesis reiterada el 2 de agosto de 2001, y reafirmada en el del 26 de abril del 2007. Estos precedentes antes citados, pero que ahora recaba la Sala, estructuran una recia doctrina probable (artículo 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe, pero también sobre la obligación de indagación en cabeza de la aseguradora.

De tal modo 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

² CSJ. Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528.

³ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

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 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. (énfasis fuera del texto original)

La misma providencia indico la excepcionalidad en que opera la nulidad, pues esta no prospera de forma mecánica luego de alegarse reticencia o inexactitud, sino que esta debe ser relevante o influyente respecto del riesgo.

Como tiene dicho esta Corporación, *«no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento»*⁴.

La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado.

Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son *«relevantes»*⁵. Para la

⁴ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

⁵ OSSA G., J. Efrén. Teoría General del Seguro - El Contrato. Editorial Temis. Bogotá. 1991. pág. 333.

jurisprudencia constitucional, «*siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo*»⁶.

9.- En consecuencia con lo dicho, la obligación de las aseguradoras para sacar adelante su pretensión de ineficacia en el contrato suscrito, alegando la figura de reticencia, debe ir acompañado del ejercicio probatorio bien sea por vía de acción como de excepción, el demostrar la incidencia de los vicios en el consentimiento, carga que en el presente caso fue atendida, como se pasa a explicar.

En declaración de asegurabilidad realizada por el señor JHON JAIRO QUINTERO ROSADO, negó padecer o haber padecido todas las enfermedades, circunstancias o eventos allí relacionados, contraste a ello, en antecedentes clínicos de las historias del 23 de agosto de 2016 se dejó consignado por la Clínica del Comportamiento Humano que, en abril de 2016 “*se practicó RMN [Resonancia magnética] de columna lumbar en la Clínica CEDIMAC, donde fue atendido por el Dr. Alejandro Zuluaga (...)*”, y la del 22 de octubre de 2016 en la Fundación Instituto de Salud Mental del Caribe refiere el galeno que, en el mes de marzo de ese año, “*comenzó a presentar dolor lumbar y posteriormente cervical, demostrando a través de las evoluciones que presentaba Trastorno de los Discos Intervertebrales Cervicales y Lumbares, así como patologías degenerativa de la cintura escapular izquierda.*”

Considerándose así, comprobada a través de su historia clínica, diversas patologías de orden lumbar, psicológico y psiquiátrico preexistentes a la póliza, que no solo conocía, sino que además venían siendo tratadas, por tanto, debió sinceramente declararlas, pues al no hacerlo incurrió en reticencia. Pues se destaca que, en aquella declaración arrimada al dossier, el tomador del seguro con anterioridad a la suscripción del contrato, era tratado a causa de “dolor lumbar”, a pesar de lo cual, al responder el cuestionario puesto a consideración por la aseguradora, negó padecimientos o enfermedades relacionadas con los huesos y las articulaciones, así mismo, denegó eventos relacionados con los

⁶ Corte Constitucional. Sentencia C-232 de 15 de mayo de 1997.

órganos renales y/o genitourinarios, cuando en valoración clínica del año 2015, se diagnosticó trastornos del testículo y del epidídimo.

Lo hasta aquí discurrido revela que, contrario a lo que insiste el recurrente, la aseguradora desplegó las medidas conducentes para que el tomador elaborara una declaración de asegurabilidad con elementos de juicios que dieran luces de circunstancias determinantes del estado del riesgo, aun así incurrió en la reticencia que enrostra la aseguradora, y en razón a ese comportamiento era viable la declaración de nulidad relativa acogida por la juez de primera instancia.

10.- Pese a lo anterior, y en atención a las reglas fijadas no solo por la jurisprudencia constitucional, sino por la posición establecida por la Sala de Casación Civil citada en precedencia, debe tenerse en cuenta que, si bien el beneficiario diligenció con información distinta a la contenida en su historia clínica, ello per se, no implica, mecánicamente, la configuración de la nulidad relativa del negocio, pues debe estar demostrado fehacientemente la conexidad de las enfermedades padecidas precontractualmente con el siniestro y la mala fe, ambos aspectos fueron comprobados en contienda.

Para la época de la celebración del contrato, el estado del riesgo respecto a los padecimientos médicos del tomador que dan cuenta las historias del 23 de agosto y 22 de octubre de 2016 atrás referidas, son los mismos que, en razón a su evolución médica, dieron origen a la estructuración de la pérdida de capacidad laboral con fecha de 6 de octubre de 2016, acaeciendo el siniestro de Incapacidad Total y Permanente del asegurado.

Nótese que el dictamen de PCL emitido por COLPENSIONES de fecha 16 de junio de 2017, lo que empezó como un dolor lumbar referido por el demandante en el mes de marzo de 2016, y valga resaltar, no informado en la declaración del riesgo ante la compañía, gestaba sendas patologías, como lo fueron cervicalgia, lumbociatalgia, trastorno de disco cervical y lumbar, arrojando una calificación pérdida de capacidad del 53.35%, como se lee de la sustentación para emitir veredicto en materia de salud laboral del señor Quintero Rosado.

En esa misma línea, para declarar la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado, debe la compañía de seguros evidenciar diligencia al momento del acuerdo, y pese al control efectuado por esta, se deviene el engaño del tomador al esconder su estado de salud.

Lo anterior deja entrever que el enjuiciado tenía intenciones de ocultar su estado de salud para evitar cambios contractuales o sacar ventaja en esa relación jurídica, por tanto, no yerra la juez de primera instancia al encontrar probado por el extremo activo actuaciones de su contraparte tendientes a predicar un quebrantamiento a la lealtad contractual.

De conformidad con los argumentos esbozados se confirmará la sentencia apelada atendiendo además, las razones expuestas en esta instancia.

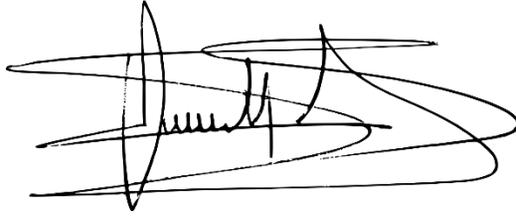
DECISIÓN

Por lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil - Familia – Laboral, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la sentencia proferida por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar, el 20 de Junio de 2019, por las razones expuestas en la parte motiva de esta decisión.

Condenar costas y agencias en derecho en esta instancia ante el fracaso del recurso interpuesto. Tásense de forma concentrada en el Juzgado de Primera Instancia.

Devuélvase el expediente al juzgado de origen una vez cumplidos los trámites propios de esta instancia. Déjense las constancias del caso en el sistema justicia siglo XXI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ

Magistrado Ponente



JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH

Magistrado



HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA

Magistrado