



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

PROCESO: Verbal - Declarativo

RADICACIÓN: 20001-31-03-003-2014-00179-01

DEMANDANTE: Elvira Daza Vargas

DEMANDADO: Seguros De Vida Suramericana SA

ALVARO LOPEZ VALERA

MAGISTRADO PONENTE

Valledupar, Septiembre Ocho (08) de Dos Mil Veinte (2020)

APELACIÓN DE SENTENCIA

La Sala Civil - Familia - Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, dentro del presente proceso Verbal de Responsabilidad Civil Contractual seguido por ELVIRA DAZA VARGAS contra Seguros De Vida SURAMERICANA SA, con fundamento en las medidas legislativas adoptadas por el Gobierno Nacional mediante Decreto 806 del 4 de junio de 2020 en su artículo 14, procede a decidir de manera escritural el recurso de apelación interpuesto por la demandada contra la sentencia de fecha Veintitrés (23) de Noviembre de Dos Mil Quince (2015), emitida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar.

ANTECEDENTES

Elvira Daza Vargas presentó demanda Verbal Declarativa contra Seguros De Vida Suramericana SA, para que se declare la responsabilidad Civil Contractual de la demandada, en consecuencia se condene a la demandada al pago de la póliza de vida No.3580853-4, correspondiente a la suma de Doscientos Millones de Pesos (\$200.000.000), con ocasión de la pérdida de capacidad laboral del 95.45% que a ella le fue establecida por la FIDUPREVISORA; y además se le condene a la indexación más los intereses moratorios, más las costas y las agencias en derecho.

HECHOS

En síntesis, señala la señora Elvira Daza Vargas, que el día 31 de mayo de 2012, adquirió la póliza de vida No. 3580853-4 con Seguros de Vida Suramericana SA, por valor de \$200.000.000, la cual le amparaba entre otros riesgos, los de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE y

ENFERMEDAD GRAVE, y que posteriormente el 23 de agosto de 2012 fue calificada por la FIDUPREVISORA con una pérdida de capacidad laboral del 95.45% con fecha de estructuración del 4 de julio de esa misma anualidad en atención a las patologías de “DISFONÍA CRÓNICA: LARINGITIS CRÓNICAS, SULCUS VOCALIS, REFLUJOS GASTROESOFAGICO Y TOXOPLASMOSIS CON SECUELA OCULAR”, razón por la cual el 9 de noviembre de 2012 le solicito a la empresa demandada el pago de los valores asegurados, sin embargo dicha solicitud le fue despachada negativamente con fundamentada en la figura de la reticencia, consagrada en el Art. 1058 del Código de Comercio, en el entendido que ella, de conformidad con su historia clínica padecía de Síndrome depresivo y de Trastorno de ansiedad, desde 13 de junio de 2000 y 22 octubre de 2009, las cuales no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

ACTUACION PROCESAL

Por reglas de reparto, el conocimiento de esta demanda correspondió al Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, el que mediante auto del 31 de Julio de 2014, la admitió en los términos solicitados por la parte demandante.

Notificada la demandada en debida forma, a través de sus representante legal, Seguros De Vida Suramericana SA, procedió a contestarla de manera oportuna, exponiendo no asistirle responsabilidad en el presente asunto, bajo la premisa que la reclamación efectuada por la demandante respecto al cubrimiento de la póliza No. 3580853-4 fue analizada y valorada conforme a los parámetros legales que rigen el contrato de seguro en mención, y objetada luego de comprobar que la señora Elvira Daza Vargas antes de suscribir la declaración de asegurabilidad padecía de síndrome depresivo y trastorno de ansiedad, y que esas patologías se encontraban excluidas de amparo de la póliza de seguro reclamada.

En su defensa la demandada propuso la excepción de NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, en el entendido de que la demandante Elvira Daza Vargas al momento de diligenciar el cuestionario de salud para suscribir la póliza de seguros ocultó sus patologías de larga evolución y su deteriorado estado de salud, pese a que le eran conocidos al momento de solicitar el seguro, en consecuencia es reticente, y esa omisión como se sabe es sancionada por la legislación comercial.

Arguye que frente a la declaración de asegurabilidad, la demandante manifestó no tener, ni le habían sido diagnosticado enfermedades cardiovasculares, infarto del miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos tratados con medicamentos, derrame, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar (EPOC),

bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, sida VIH positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, diabetes, pancreatitis, enfermedad de la glándula tiroides, úlcera péptica, colitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, parálisis, deformidades corporales, ceguera, sordera total o parcial, parkinson, artrosis, pérdida anatómica o funcional, enfermedades de la sangre, que no consume drogas estimulantes, ni había estado en tratamiento por alcoholismo o drogadicción. Seguidamente refiere que a la demandante se le preguntó si tenía o había tenido enfermedades diferentes a las antes enunciadas, fracturas o conmociones cerebrales por las que estuviera recibiendo o hubiese recibido tratamiento médico, o si tenía programada una intervención quirúrgica en los próximos meses o si se encontraba al momento de suscribir el contrato de seguros bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad, y al respecto también respondió de forma negativa, lo que a la luz del artículo 1058 del C de Co, evidencia una inexactitud o reticencia del asegurado al ocultar su verdadero estado de salud, puesto a pesar de la pregunta directa sobre cuáles de las enfermedades relacionadas padecía, prefirió guardar silencio generando con ello la nulidad relativa del contrato de seguro cuyo cumplimiento se reclama mediante la presente demanda.

Así mismo, manifiesta la demandada que esa reticencia que predica se configura al momento de diligenciar el cuestionario de asegurabilidad, y que las declaraciones posteriores de la demandante al respecto, no tienen el efecto liberador de la sanción de nulidad, en atención a que la misma se erige o estructura desde el mismo momento de suscripción de la declaración de asegurabilidad, razón esa por la cual solicita se nieguen las pretensiones invocadas por la demandante, y en consecuencia se declare la nulidad relativa del contrato de seguros No. 3580853-4, que ella suscribiera con la demandada.

A través de auto del 28 de mayo de 2015, el juez de conocimiento fijó el 4 de agosto de 2015, para llevar a cabo las audiencias previstas en los artículos 372 y 373 del CGP; sin embargo, debido a la necesidad de incorporar al proceso unas pruebas documentales, dispuso proferir la respectiva sentencia, el 23 de noviembre de esa anualidad.

FUNDAMENTOS DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

A través de la sentencia ahora cuestionada, el juez declaró no probada la excepción propuesta por Seguros De Vida Suramericana SA; de nulidad relativa del contrato de seguros, tras considerar que no existen elementos probatorios con el alcance de demostrar la reticencia de la demandante en la declaración de asegurabilidad que hizo al tomar el seguro, sino que por el contrario, lo que se observa evidente es que la misma actuó con buena fe

contractual. En criterio del juzgador, la compañía aseguradora fue negligente al no practicarle o pedirle a la tomadora al momento de suscribir el contrato, que allegara unos exámenes recientes, para de esa manera comprobar su estado de salud, a lo que se suma que no está establecido que las patologías que aduce la aseguradora presentaba la actora y que fueron ocultadas por la misma al suscribir el contrato, no fueron objeto de calificación por la Fiduprevisora, y mucho menos que hubieran sido la causa que diera origen al riesgo amparado por la póliza de vida No. 3580053.

Entonces como derivación de todo lo expuesto, el juzgador condenó a la compañía de Seguros De Vida Suramericana SA a cancelar a la señora Elvira Daza Vargas el seguro de vida individual No. 3580053 de fecha 31 de mayo de 2012, por valor de Doscientos Millones de Pesos (\$200.000.000), más los intereses causados desde el 9 de noviembre de 2012 hasta cuando se verifique su pago, de conformidad con lo establecido en el artículo 1080 del C de Co, por haberse presentado el evento que ese seguro cubre.

Inconforme por lo decidido, la apoderada judicial de la parte demandada Seguros de Vida Suramericana SA, procedió a presentar recurso de apelación contra la misma.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO DE APELACION

La demandante solicita la revocatoria de la sentencia de primera instancia, para que en su defecto se emita otra absolutoria de las pretensiones de la demandante, exponiendo como fundamento de su inconformidad, ser errada la decisión de declarar que en este caso está plenamente probada la reticencia en la declaración de la asegurada, por cuanto la misma desconoce que desde el 31 de mayo de 2012, cuando fue diligenciada la declaración de asegurabilidad, la asegurada no puso de manifiesto o no declaró un hecho del cual tenía conocimiento en ese momento, puesto se deduce de la historia clínica remitida por la Fundación Médico Preventiva, en tanto que en la misma se hace constar que Elvira Daza Vargas, padecía desde el año 2013 patologías de larga evolución, como lo son –disfonía crónica asociada a reflujo gastroesofágico, laringitis crónica , etc-, y sobre las cuales no podía guardar silencio en guarda del principio de la buena fe, eso por lo cual está demostrada esa reticencia y la violación a ese principio de buena fe contractual.

Refiere por último la recurrente, que a pesar de que el fallador en su decisión hace una diferencia entre preexistencia y reticencia, la jurisprudencia sobre

la cual sustenta esa diferencia no hace referencia a la nulidad del contrato por reticencia, muy a pesar que la excepción propuesta en el presente asunto se sustenta precisamente en ese acontecimiento.

CONSIDERACIONES DE LA SALA PARA RESOLVER

En los términos del recurso de apelación propuesto por la demandada, contra la sentencia de primer grado, surge que el problema jurídico puesto a consideración del Tribunal, se contrae a establecer si es acertada la decisión de condenarla a pagar a la demandante el siniestro amparado por la póliza de seguro de vida individual No 3580053 del 31 de mayo de 2012, que ambas suscribieran, en el entendido de haber su beneficiaria actuado de buena fe cuando rindió su declaración de asegurabilidad, o si por el contrario, su actuación no fue de esa manera, como se propugna en el recurso, por estar suficientemente demostrada la reticencia en la declaración de la asegurada, por haber ocultado en ese momento que venía sufriendo de las enfermedades que dieron lugar a su pérdida de capacidad laboral -disfonía crónica asociada a reflujo gastroesofágico, laringitis crónica , etc-; y por consiguiente se genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

La tesis que se sustentará en aras de solucionar ese problema jurídico es la de no acierto de esa decisión, por ser la misma contraria a la recta valoración de las pruebas que apuntan a demostrar la reticencia de la asegurada al momento de rendir la declaración de asegurabilidad, como se verá a continuación.

El contrato de seguros tiene por substrato esencial, revelar un pacto en el cual uno de los contratantes denominado el tomador, traslada hacia el patrimonio del otro, llamado el asegurador, los riesgos que pesan sobre un interés específico y puntual, y este los asume a cambio del pago de un precio llamado prima. Las características medulares de esa clase de contratos, se encuentran establecidas en el art. 1036 del código de comercio, que dice “El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”.

Una vez perfeccionado dicho contrato, fluyen obligaciones a cargo de los contratantes, las cuales son, para el asegurado o tomador, la obligación de pagar puntualmente la prima o precio del seguro, en los términos acordados en el contrato, y para el asegurador, la de hacer efectiva una indemnización, de llegar a ocurrir el siniestro definido en el pacto contractual.

El artículo 1058 de Código de Comercio, en su parte pertinente, dispone al respecto 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”

Dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, puesto esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, como quiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no solo eso, sino que contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.

Así las cosas, en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumenta en grado superlativo, puesto como ha dicho la Corte, en materia de este negocio jurídico, la protección de las partes que concurren a celebrarlo requieren el máximo de transparencia posible, de modo, que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera, un contratante no puede quebrantar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal viene a estar asociada a la intimidad del asegurado¹.

En suma, la cabal estimación de los riesgos que habrá de cubrir el contrato de seguro, la decisión del asegurador de celebrarlo y aún la de liquidar la prima correspondiente, obedece prioritariamente, en palabras de la Corte, a las declaraciones que al respecto asiente el tomador, quien, en tal virtud, “ha de decir todo lo que sabe”, de modo que la lealtad, exactitud y esmero de este en el cumplimiento de ese deber resultan indispensables para el anotado fin, a la vez que la trasgresión de las señaladas reglas de conducta

¹ (sent. Cas. Civ. de dic. 19/2005, exp. 566501).

aparejan consecuencias de diverso orden, entre ellas la de afectarlo de nulidad relativa.

Pero además de ello, el contrato de seguros revela una arista sui generis en relación a los demás pactos negociales, y se trata, de que el elemento de la buena fe tiene una incidencia preponderante en esa clase de contratos. La razón es elemental: las condiciones exactas de riesgo del asegurado son las que llevan al asegurador a definir si contrata o no, por ende, la sinceridad de aquél en la información en torno a esas condiciones – que solo él conoce, reviste aquí una trascendencia fundamental.

En armonía con esa trascendencia que en el contrato de seguros tiene el elemento de la buena fe, en efecto el art. 1058 del código de comercio, exige de manera perentoria y terminante al asegurado, una absoluta sinceridad en su declaración en torno a las condiciones de riesgo, ya que de lo contrario, vale decir, de incurrir en una reticencia o inexactitud de entidad tal que si el asegurador la hubiere conocido no hubiere contratado, el legislador sanciona severamente tal deslealtad, afectando al contrato de nulidad relativa.

Así mismo de no hacerse la declaración con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto, cuando el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Ahora de provenir la inexactitud o la reticencia de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, no obstante 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 ib.

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.

Entonces, en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, puesto precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es

significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro.

Más aun, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, ha escrutado a espacio el artículo 1058 del Código de Comercio, manifestando que del texto legal aludido se podía deducir que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas.

No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha indagado para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.

Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”²

Hechas esas precisiones, acto seguido se entrará al análisis de las pruebas en aras de establecer si el actuar de la demandante siempre ha estado

² sent. Cas. Civ. de jun. 1º/2007, exp. 00179-01).

asistido de buena fe, como se consideró en la sentencia de primera instancia, o por el contrario no ha revestido esa característica, tal como lo predica la recurrente, al ser eso lo que se deduce al confrontar su “declaración de asegurabilidad” del 31 de mayo de 2012, con su historia Clínica traída al proceso con el carácter de prueba, por haber la misma ocultado datos relevantes, proceder ese que mina la validez del contrato e impide acceder a sus pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo, esto con la trascendencia de declarar la nulidad relativa del negocio jurídico.

Para eso importa relieves que la demandada –Seguros de Vida Suramericana SA- propuso la excepción de nulidad, con apoyo en que hubo reticencia en el momento en que tomadora y aseguradora se disponían a la celebración del contrato de seguro, para lo cual alegó que, contrariamente a lo declarado por la asegurada Elvira Daza Vargas, con anterioridad a la fecha en que fue suscrita la declaración de asegurabilidad conocía que padecía de otras enfermedades de larga evolución sobre las cuales venía recibiendo tratamiento médico, tales como -disfonía crónica asociada a reflujo gastroesofágico, laringitis crónica, sulcus vocalis, etc-, enfermedades que si bien es cierto no se encontraban literalmente consignadas en la primera pregunta de la declaración de asegurabilidad, no es menos cierto que en el mismo cuestionario se le indagó por otras enfermedades que estuviera padeciendo y respecto de las cuales viniera recibiendo tratamiento alguno, y ante lo cual respondió que no, como se comprueba a folio 96 del cuaderno número 1.

Pero su versión de asegurabilidad es contraria a lo demostrado a folios 8 y 9 del mismo cuaderno, dado que esas pruebas documentales ponen de presente que como consecuencia de las enfermedades que venía padeciendo la actora, tales como disfonía crónica asociada a reflujo gastroesofágico, laringitis crónica, sulcus vocalis, etc, el día 26 de agosto de 2012 fue calificada por la FIDUPREVISORA SA, mediante dictamen No. SVO0812024, con una pérdida de capacidad laboral del 95.45%, y en ese dictamen se dejó consignado que para dicha calificación se tuvo en cuenta un cuadro clínico de aproximadamente dos años de evolución, caracterizado por disfonía crónica asociada a reflujo gastroesofágico con nasofibrolaringoscopia y videoestroboscopia que reportaban sulcus vocalis, sumado a padecimientos de laringitis crónica secundaria a reflujo gastroesofágico.

Entonces, con base en ese dictamen, de manera inequívoca se establece que en efecto hubo reticencia de la tomadora del seguro al hacer la declaración de asegurabilidad, que, repítase, es parte del contrato de seguro, toda vez que como en el mismo consta que esa calificación de pérdida de la capacidad laboral tiene como fundamento un cuadro clínico de aproximadamente dos años de evolución, caracterizado por disfonía crónica asociada a reflujo gastroesofágico con nasofibrolaringoscopia y

videoestroboscopia que reportaban sulcus vocalis, eso que se suma a los padecimientos de laringitis crónica secundaria a reflujo gastroesofágico, y a la vez está demostrado a través de su historia clínica que esos padecimientos se les venían tratando medicamente, nada impide concluir válidamente que mal podía desconocer esos padecimientos o enfermedades al momento de esa declaración, eso por lo cual se considera que al no suministrarlos como le era de rigor hacerlo, que deliberadamente ocultó información importante sobre su estado de su salud.

Ahora no se puede desconocer que ese aspecto resultaba relevante para la aseguradora, al no ser otro su interés al indagar sobre ese estado de salud, el compilar datos importantes para con soporte en los mismos poder calificar la intensidad del riesgo, y de esa manera poder establecer un margen de probabilidad de ocurrencia del siniestro, actuación con respecto a la cual no pueda atribuírsele negligencia a la aseguradora demandada, por no haber procedido a comprobar antes ese estado de salud, puesto la asegurada es la fuente privilegiada de información completa y veraz sobre sus circunstancias personales de su salud, el que sin duda constituyen el estado del riesgo y por tanto influye de manera determinante en el consentimiento del asegurador, al punto que de no ser bueno, pueden llevarlo a desistir del otorgamiento del amparo, o a que eso influya en el cálculo de la prima.

Entonces con base en lo visto en precedencia, se considera que erró el Juez de primera instancia, cuando condenó a la demandada a pagarle a la demandante el seguro, partiendo del hecho comprobado en su concepto, de no haberse demostrado la reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad, pero que a la postre ese entendimiento resulta equivocado, como se puede establecer al confrontar las pruebas documentales antes singularizadas con la normatividad que regula ese puntual tema, habida cuenta que la conclusión válida que se puede obtener es que en realidad la asegurada en su declaración no suministró su conocimiento que tenía respecto a las enfermedades que padecía al momento de suscribirla, y en esas condiciones ese proceder suyo lesiona grandemente el principio de buena fe, que constituye uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, por haber tenido incidencia para que el asegurador ingresara al ámbito comercial en estado de ignorancia, llevándolo a contratar sin que existiera una información que con total fidelidad le debe suministrar el tomador, que en este caso también resultó ser la asegurada.

Es por eso que inexorablemente surgen aplicables las sanciones previstas, para esa conducta desprovista de buena fe en la asegurada, al ser inexacta o reticente en su declaración de asegurabilidad, específicamente la de declaración de nulidad relativa del contrato de seguro, si se tiene en cuenta además, que no está demostrado que la aseguradora, antes de celebrarse el contrato hubiera conocido los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o que ya celebrado el contrato, se

hubiera allanado a subsanarlos o los hubiera aceptado expresa o tácitamente.

En un caso similar la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil NÚMERO DE SENTENCIA O RADICACION: Expediente 73001310300042004- 00037-01 del 13 de febrero de 2008. MAGISTRADO PONENTE: Jaime Alberto Arrubla Paucar, al decidir un caso donde el tomador suscribió una póliza de seguro de vida con la compañía ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A. y tras el fallecimiento del tomador los beneficiarios presentaron solicitud de indemnización ante la aseguradora, y esta objeto la reclamación aduciendo reticencia ya que, al momento de diligenciar la solicitud el asegurado manifestó que no había padecido de afecciones al cerebro o del sistema nervioso, ni sufrido algún otro quebranto o accidente de especial cuidado y objeto de cirugía, como tampoco que hubiere estado en observación o tratamiento médico, menos practicado electrocardiogramas, radiografías u otro examen para diagnostico hospitalización o intervención. Empero antes de ingresar a la póliza de seguro, el tomador asegurado presentaba antecedentes de hipertensión arterial y era fumador de un paquete de cigarrillos al día, bebedor frecuente y consumidor crónico de cocaína, síndrome depresivo y arritmia cardiaca, expuso que, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador del seguro en virtud del principio de buena fe, tiene el deber de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo, con independencia de que la aseguradora lo constate y en el caso de que la declaración esté sujeta a un cuestionario determinado, el tomador no queda librado de consecuencias adversas frente a inexactitudes o reticencias en que haya incurrido. Señaló la Corte en esa sentencia que cuando se encuentra involucrado el derecho a la salud, se supone que el tomador lo sabe todo, es la fuente principal de la información razón por la cual en la formación del contrato de seguro, se encuentra compelido a obrar con el máximo de transparencia posible y que en el caso en concreto el tomador se guardó hechos relevantes, puesto al contestar el cuestionario, dado que no informo su adicción al alcohol, al cigarrillo y a la cocaína y que para imponer la sanción de nulidad relativa, no era necesario demostrar que la enfermedad preexistente no declarada tuviera algo que ver con la causa del deceso.

Ahora, para averiguar la importancia que tenía para la aseguradora indagar el estado de salud de la tomadora, solo es menester resaltar que en el formulario reposa la pregunta No. 2 que en su tenor literal preguntaba “si tenía o había tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en la pregunta No. 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que estuviera recibiendo o hubiese recibido tratamiento médico, o si tenía programada una intervención quirúrgica en los próximos meses o si se encontraba al momento de suscribir el contrato de seguros bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad” (fl.96 c.1); circunstancia por sí reveladora de que esa información era absolutamente relevante. El curso

natural de las cosas indica que si la aseguradora indagaba por el estado de salud de la demandante, es porque la suerte de la concesión del amparo también dependía de ese dato. En suma, el profesional del seguro no indaga por datos irrelevantes, ni tiene la carga de probar que lo eran, como razonó equivocadamente el quo.

Entonces, la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, los cuales tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, esta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro³”.

Colofón a lo expuesto, procederá este Tribunal a revocar la sentencia del 23 de noviembre de 2015 en su totalidad, y en su lugar declarara probada la excepción de Nulidad Relativa Del Contrato De Seguro No. 3580853-4, y en consecuencia dispondrá absolver a la parte demandada de las pretensiones de la demanda como en efecto se hará.

Por lo anterior,

La Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO. - REVOCAR, *la sentencia recurrida de fecha y procedencia conocidas, para en su defecto, declarar probada la excepción de NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, y en consecuencia se absuelve a la parte demandada Seguros de Vida Suramericana SA de las pretensiones de la demanda.*

SEGUNDO. *Condenar en costas en ambas instancias a la parte demandante. Fíjense como agencias en derecho en esta instancia la suma de un SMLMV, concepto que incluirá el Juzgado de primera instancia, conforme lo dispone el artículo 366 del C. G. del P., en la liquidación de costas.*

³ LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en sent. Cas. Civ. de nov. 30/2000, exp. 5743 y de jul. 19/2005, exp. 5665-01)

Esta decisión se adoptó en sala virtual de la fecha, en atención a la medida que el Consejo Superior de la Judicatura dispuso en Acuerdo PCSJA20-11521 del 19 de marzo de 2020, relativa al trabajo en casa, por motivos de salubridad pública y fuerza mayor, ante la presencia de la pandemia provocada por la enfermedad conocida como COVID-19.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE



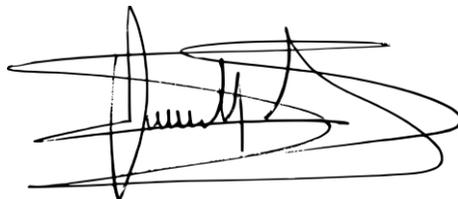
ALVARO LOPEZ VALERA

Magistrado Ponente



JESUS ARMANDO ZAMORA SUAREZ

Magistrado.



OSCAR MARINO HOYOS GONZALEZ

Magistrado