TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE

JUDICIAL VALLEDUPAR

SALA CIVIL FAMILIA LABORAL

REF. *Proceso Verbal Declarativo*
RADICACIÓN No*. 20178-31-03-001-2016-00051-01*
DEMANDANTE. *Neris maría Ascanio Contreras*
DEMANDADO: *BBVA Seguros de Vida Colombia SA*
MAGISTRADO PONENTE
ALVARO LOPEZ VALERA
APELACIÓN DE SENTENCIA

Valledupar, diciembre siete (07) de dos mil veinte 2020

Fallo

La Sala Civil - Familia - Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, dentro del presente proceso declarativo verbal que NERYS MARÍA ASCANIO CONTRERAS sigue a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA 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 resolver de manera escritural el recurso de apelación propuesto por la demandante, contra la sentencia, emitida dentro de la audiencia llevada a cabo el veinticinco (25) de abril de dos mil diecisiete (2017), por el Juzgado Civil del Circuito de Chiriguaná (Cesar).

ANTECEDENTES

Nerys María Ascanio Contreras, mayor de edad, presentó demanda Verbal Declarativa contra BBVA Seguros de Vida

Colombia SA, para que se declare la responsabilidad Civil Contractual de la demandada, en consecuencia la demandada sea condenada a pagar el saldo insoluto de las obligaciones crediticias No. 9600129618 y 9600132042 del banco BBVA, amparadas mediante la póliza VGD No. 0110043, con ocasión de la pérdida de capacidad laboral del 98.86% que le fue establecida a la demandante por la UT Región Norte, y además al pago de los intereses moratorios, y las costas del proceso, incluidas las agencias en derecho.

HECHOS

En síntesis exponen que el 14 de marzo y 27 de junio de 2014, el banco BBVA Sucursal Curumaní, le aprobó y desembolso dos créditos hipotecarios a la señora NERIS MARIA ASCANIO CONTRERAS, para remodelación de vivienda, que fueron amparadas por la póliza VGD No. 0110043 de BBVA Seguros de Vida Colombia SA, que cobijaba entre otros riesgos, los de FALLECIMIENTO por cualquier causa INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE y ENFERMEDAD GRAVE, y que posteriormente el 12 de noviembre de 2014, dicha señora fue calificada por la Fundación Médico Preventiva UT Región Norte, con una pérdida de capacidad laboral del 98.86% con fecha de estructuración de la misma fecha en atención a las patologías de "DIFONIA CRONICA RECURRENTE SEVERA SECUNDARIA A NODULOS LARINGEOS, REFLUJO LARINGEO-FARINGEO RECURRENTE junto con RGE, SINDROME DEL TUNEL CARPIANO, HTA y TRASTORNO DEL SUEÑO, eso por lo cual el 20 de noviembre de 2015, le solicito a la compañía de seguros demandada hacer efectiva la póliza de seguros y cancelar a favor del asegurado banco BBVA las obligaciones crediticias No. 9600129618 y 9600132042; sin embargo, dicha solicitud le fue negada con fundamento en que la tomadora del seguro se encontraba enferma al momento de adquirir esa póliza.

ACTUACION PROCESAL

El conocimiento de esta demanda correspondió al Juzgado Civil del Circuito de Chiriguana (Cesar), el cual, mediante auto del 6 de septiembre de 2016, la admitió en los términos solicitados por la parte demandante.

Notificada la demandada en debida forma, a través de su representante legal, BBVA Seguros de Vida Colombia 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 a la afectación de la póliza de seguros No. 0110043 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 Neris María Ascanio Contreras, antes de suscribir la declaración de asegurabilidad ya presentaba antecedentes de disfonía, los cuales no pudo conocer la compañía aseguradora, por haber la asegurada omitido declararlos, estando obligada a hacerlo, conforme a lo establecido por el artículo 1058 del C de Co..

En su defensa la demandada propuso las excepciones de i) NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043 POR RETICENCIA, en el entendido que la demandante Neris María Ascanio Contreras, al momento de diligenciar el cuestionario de salud para suscribir la póliza de seguros omitió y/o callo situaciones que implicaban la agravación en el estado de riesgo al momento de solicitar la expedición del seguro de vida, quebrantando así una regla de conducta como lo es observar la ubérrima buena fe imperante en este tipo de negocio jurídico.

Sostiene la compañía de seguros demandada que la señora Ascanio Contreras manifestó tener un estado de salud normal al momento de dar respuesta al cuestionario propuesto por el asegurador, ocultando con ello sus antecedentes médicos de disfonía, seguimiento con otorrino por alteraciones auditivas y de la voz tal como lo demuestra la historia clínica expedida por la Fundación Médica Preventiva, antecedentes esos que no pudo conocer toda vez que la asegurada omitió declararlos en su solicitud de seguro, estando obligado a hacerlo, en virtud de lo establecido en el artículo 1058 C de Co; ii) INEFICACIA DE CONTRATO DE SEGURO E INEXISTENCIA DE LA EVENTUAL OBLIGACION INDEMNIZATORIA POR CUENTA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA Y A FAVOR DE LA DEMANDNATE CON AFECTACIÓN A LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 0110043, como quiera que el contrato de seguro en cita adolece de vicios en su formación y, en consecuencia es susceptible de nulidad relativa conforme a los articulo 1058 y 1158 del C de Co, el acto jurídico es ineficaz y por contera no existe obligación legal y/o contractual de reconocer la prestación asegurada por cuenta de la póliza que sirvió de fundamento para la vinculación de la compañía de seguros que representa; iii) FALTA DE LEGITIMACIÓN POR ACTIVA, en el entendido de que no es la titular de los créditos que la demandante mantenía con el banco BBVA COLOMBIA SA por tratarse de dos entidades totalmente diferentes, por consiguiente no es la llamada a reembolsar a la demandante de las cuotas que indica haber cancelado después de haber sido declarada invalida.

A través de auto del uno (01) de diciembre de 2016, el juez de conocimiento fijó el 25 de abril de 2017, para llevar a cabo la audiencia prevista en los artículos 372 y 373 del CGP, en la que se dispuso proferir la respectiva sentencia.

FUNDAMENTOS DE LA SENTENCIA
DE PRIMERA INSTANCIA

A través de la sentencia ahora cuestionada, se declaró probada la excepción de mérito denominada NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO propuesta por BBVA Seguros de Vida Colombia SA, y por consiguiente fueron negadas las pretensiones de la demanda; tras considerar que la demandante Neris María Ascanio Contreras faltó a la verdad al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, dado que omitió comunicar los padecimientos de salud que presentaba antes de ingresar a la póliza, y además de que las mismas hayan sido parte de la base para declarar su pérdida de capacidad laboral, hecho que a su juicio configura la excepción de nulidad relativa del contrato por reticencia.

Inconforme por lo decidido, la apoderada judicial de la parte demandante, procedió a presentar recurso de apelación contra la misma.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO DE APELACION

La demandante a través de su apoderado judicial pidió la revocatoria de la sentencia, para que en su defecto se acceda a sus pretensiones, exponiendo como inconformidad, que no se valoró por parte del a-quo la situación de ella no conocía cual era el grado de afectación que eventualmente le produjeron las enfermedades respecto de las cuales se declaró la nulidad relativa del contrato. Refiere la recurrente que si bien es cierto que ella fue valorada por especialistas debido a la posible rinitis que padecía, no es menos cierto que la misma al momento de tomar la póliza gozaba de buena salud, no se encontraba incapacitada ni mucho menos sufría padecimientos que perturbaran su salud.

Concluye manifestando a este tribunal, que la carga impuesta por el juez de primera instancia desborda las exigencias jurídicas, dado que ella no conocía cual era el grado de su afectación que viciara de nulidad el contrato de seguro que cobija los créditos adquiridos con la entidad financiera BBVA.

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 del a quo, al declarar probada la excepción denominada nulidad relativa del contrato propuesta por la aseguradora demandada, o si por el contrario, su actuación no fue de esa manera, como se propugna en el recurso, la actuación de la demandante al momento de suscribir el contrato de seguros se hizo con la buena fe que rigen los contratos y por no encontrarse demostrada la excepción alegada por la demandada hay lugar a declarar la responsabilidad civil contractual de la demandada y con ello el pago de las condenas solicitadas en la demanda.

La solución que viene a ese problema jurídico es la de declarar acertada la decisión del juez de primera instancia, toda vez que al valorar el material probatorio allegado al proceso es posible concluir que la excepción propuesta por la aseguradora demandada está llamada a prosperar, al concurrir los presupuestos facticos y legales, que la estructuran.

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.

En lo que atañe a la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 0110043, son partes en el contrato el tomador BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., como asegurador; es asegurado la señora NERIS MARIA ASCANIO CONTRERAS y beneficiario el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Con esta estructura relacional, se comprenden los roles de cada uno en el negocio. Formaron el negocio jurídico y son sus suscriptores el tomador y el asegurador y, por tanto, fueron quienes definieron el contorno obligacional recíproco cuyos efectos se irradian, por extensión, hacia el asegurado y el beneficiario. El asegurado es un tercero cliente del BANCO, que no es parte en el contrato, pero cuya presencia importa porque sobre su persona se concreta el riesgo asegurado (muerte, incapacidad) y el beneficiario es el llamado a recibir la indemnización convenida, que para esta modalidad es el mismo tomador.

Se concretan, de este modo, el interés asegurable de la entidad financiera en el pago de la obligación de sus clientes deudores, el riesgo asegurable sobre la vida del cliente asegurado, una prima calculada con las tarifas de la ofertante y de conformidad al contrato suscrito con el tomador, y la obligación condicional del BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. de pagar al beneficiario BANCO BBVA COLOMBIA S.A., la indemnización (pago de la deuda adquirida por el cliente con el Banco), si llegase a ocurrir el riesgo preestablecido en el cliente deudor.

Sea del caso decir, que aunque el cliente deudor no sea parte contractual, tiene un interés jurídico en el aseguramiento, porque se beneficiaría, al igual que el tomador, con el pago de la indemnización. No solamente ahí acaba su intervención, ya que al ser la persona cuyo estado de salud incumbe, la declaración sincera del estado del riesgo es comúnmente de su cargo, por ser quien sabe de él o ha debido saberlo (art. 1039 del C.Co.). El estado del riesgo, aunque sea un ítem relevante no solo atañe a las circunstancias de salud, pues, puede comprender información acerca de sus actividades, hábitos o circunstancias antecedentes que sean adecuadas para aproximarse a una probabilidad que permita tomar una decisión rentable a la aseguradora, para consentir su admisión a la póliza grupal o pactar condiciones más onerosas en comparación.

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 y/o asegurado 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 asegurado[1]*.*

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

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 y/o asegurado, 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 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 y/o asegurado 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 y/o asegurado, 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 y/o asegurado 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 y/o asegurado 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 o asegurado 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/o asegurado 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 recaudadas, en aras de establecer si el actuar de la demandante siempre ha estado asistido de buena fe, tal como lo predica en su demanda y recurso, o si por el contrario no ha revestido esa característica como lo consideró en la sentencia de primera instancia el a-quo, concluyendo al respecto, que es esto lo que se deduce al confrontar su "declaración de asegurabilidad" del 14 de marzo de 2014, con la historia Clínica traída al proceso con el carácter de prueba, puesto se comprueba que en esa declaración de asegurabilidad ocultó datos relevantes, como que venía padeciendo desde el año 2004 disfonía, alteraciones auditivas y de voz asociados a cuadro de rinitis alérgica, patologías que venían siendo tratadas por otorrinolaringología, como está evidenciado a folios 47-50 del Cuaderno Principal, y que no podía desconocer,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 relievar que la demandada – BBVA Seguros de Vida Colombia SA- propuso la excepción de nulidad, con apoyo en que hubo reticencia en el momento en que el tomador y aseguradora se disponían a la celebración del contrato de seguro, para lo cual alegó que, contrariamente a lo declarado por la asegurada Neris María Ascanio, con anterioridad a la fecha en que fue suscrita

---

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

la declaración de asegurabilidad conocía que padecía de otras enfermedades de larga evolución sobre las cuales venía recibiendo tratamiento médico, tales como - disfonía, alteraciones auditivas y de voz asociados a cuadro de rinitis alérgica 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 23 del cuaderno número 1.

Pero su versión de asegurabilidad es contraria a lo demostrado a folios 47 y 50 del mismo cuaderno, dado que esas pruebas documentales ponen de presente que como consecuencia de las enfermedades que venía padeciendo la demandante, tales como disfonía, alteraciones auditivas y de voz asociados a cuadro de rinitis alérgica etc, el día 12 de noviembre de 2014 fue calificada por la U.T ORIENTE REGION 5, mediante dictamen No. SOV1114039, con una pérdida de capacidad laboral del 98,86%, y en ese dictamen se dejó consignado que para dicha calificación se tuvo en cuenta un cuadro clínico de aproximadamente diez años de evolución, caracterizado por disfonía asociada a rinitis alérgica, sinusitis maxilar bilateral, reflujo y síndrome moderado del túnel del carpo mano derecha.

Entonces, con base en la historia clínica y ese dictamen, de manera inequívoca se establece que en efecto hubo reticencia de la asegurada 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 diez años de evolución, caracterizado por disfonía asociada a rinitis alérgica, sinusitis maxilar bilateral, reflujo y síndrome moderado del

túnel del carpo mano derecha, y a la vez está demostrado a través de la historia clínica de la demandante, donde además se advierte 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 es acertada la decisión el Juez de primera instancia de declarar probada la excepción de Nulidad Relativa del Contrato de Seguro, establecida en el código de comercio, partiendo del hecho comprobado de que la demandante y asegurada de la póliza de seguros grupo deudores No. 0110043, tenía pleno conocimiento del estado de salud en el que se encontraba al momento de suscribirse el

contrato de seguros, puesto eso es lo que se establece al confrontar las pruebas documentales antes singularizadas con la normatividad que regula ese puntual tema, puesto es verdad que la asegurada en su declaración no suministró el 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 negocial en estado de ignorancia, llevándolo a contratar sin que existiera una información que con total fidelidad le debe suministrar 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 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 "sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente" (fl. 23 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 equivocadamente lo predica el recurrente.

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 seguro[3]".

Así las cosas, y por no prosperar el recurso interpuesto, se confirmará en su integridad la sentencia apelada proferida el 25 de abril de 2017 por el Juzgado Civil del Circuito de

[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)*

Chiriguana (Cesar), y por consiguiente se condenará en costas a la parte demandante. Se fijarán agencias en derecho en la suma de equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que incluirá el Juzgado de primera instancia en la liquidación de costas de conformidad al artículo 366 del C. G. del P.

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: *CONFIRMAR la sentencia apelada de fecha y procedencia conocidas.*

SEGUNDO: *Condénese en costa al recurrente. Fíjense como agencias en derecho la suma de un (01) 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.*

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

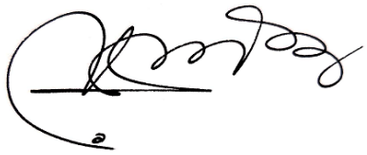
Esta decisión se adoptó en sala virtual de la fecha, en atención a la medida que el Consejo Superior de la Judicatura dispuso en Acuerdo PCSJA20-11521 del 19 de marzo de 2020, relativa al trabajo en casa, por motivos de salubridad pública y fuerza

mayor, ante la presencia de la pandemia provocada por la enfermedad conocida como COVID-19.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

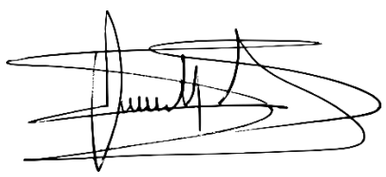
ALVARO LOPEZ VALERA

Magistrado Ponente



JESUS ARMANDO ZAMORA SUAREZ

Magistrado.



OSCAR MARINO HOYOS GONZALEZ

Magistrado