



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

Ref. Proceso Responsabilidad Civil Contractual
DEMANDANTE: Willer Fernando Barón Castrillón
DEMANDADO: AXA COLPATRIA
RADICACION 20011-31-03-005-2017-00239-01
MAGISTRADO PONENTE:
Dr. ALVARO LÓPEZ VALERA.

Valledupar, julio veintisiete (27) dos mil veintiuno (2021)

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

La Sala Civil - Familia - Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, dentro del presente proceso de responsabilidad civil contractual seguido por WILLER FERNANDO BARON CASTRILLON contra AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA, con fundamento en las medidas legislativas adoptadas por el gobierno mediante Decreto 806 del 04 de junio de 2020 en su artículo 14, procede a resolver de manera escritural el recurso de apelación propuesto en término, por el apoderado judicial de la parte demandante, contra la sentencia proferida en audiencia llevada a cabo el 31 de enero de 2019, por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar, dentro del proceso de la referencia.

ANTECEDENTES

WILLER FERNANDO BARON CASTRILLON, por medio de apoderado judicial, presenta demanda de responsabilidad civil

contractual en contra de AXA COLPATRIA SEGUROS VIDA SA, con el fin de obtener que a ésta se le declare responsables civil y contractualmente responsable por el incumplimiento de la póliza de vida Individual No. 2034213 de fecha 09 de junio de 2016, que la ampara por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, y cuyo tomador fue WILLER FERNANDO BARON CASTRILLON, en consecuencia, que se condene a la demandada al reconocimiento y pago de doble indemnización por invalidez total y permanente, asimilada a la muerte, por valor de \$200.000.000, como también de los intereses moratorios desde la calenda de ocurrencia del siniestro hasta aquella en que se emita sentencia definitiva. Además pide que la demandada sea condenada a pagarle las costas del proceso, incluidas las agencias en derecho.

Como hechos fundamento de sus pretensiones expone el demandante que el 09 de junio de 2016, WILLER FERNANDO BARON CASTRILLON suscribió con la demandada AXA COLPATRIA SEGUROS VIDA S.A; póliza de visa individual No. 2034213, que el 10 de octubre de 2016 se le determinó por parte de ASALUD LTDA, entidad adscrita a COLPENSIONES, la pérdida de capacidad laboral a ella, en un porcentaje de 57.68%, tal como se indicó en la Resolución No. GNR 314197 del 07 de diciembre de 2016.

Que el clausulado de la póliza en mención, establece que, si durante su vigencia sobreviene al asegurado una incapacidad total y permanente, tal y como se define en el numeral 1.4 del capítulo 11, AXA COLPATRIA SEGUROS VIDA S.A, le pagará además de la totalidad de los valores individuales acumulados en el Fondo o Fondos Especiales de ahorro pensional, la suma asegurada de que trata el numeral 1.1. del capítulo 11., sin embargo, la aseguradora ejerciendo una posición dominante, se niega a hacer efectiva la póliza y darle cumplimiento a lo pactado en el clausulado.

Que ella cumple a cabalidad con el requisito indispensable para dar inicio al trámite de reconocimiento de pago de doble indemnización por invalidez total y permanente asimilada a la muerte, misma que se encuentra descrita y cubierta en el clausulado de la Póliza, eso por lo que el 11 de noviembre de 2016, procedió a presentar petición formal a la aseguradora, para que atendiera favorablemente su solicitud indemnizatoria de pago por seguro de invalidez, toda vez que se encuentra en firme el Dictamen de Calificación de Invalidez en mención.

Que el 20 de diciembre de 2016, el demandante recibe respuesta a su petición, haciéndole saber que hay unos antecedentes médicos de fechas 21/08/2013, 10/09/2013, 12/11/2013, con la entidad COOMEVA EPS, 16/06/2016, con SINERGIA SALUD, 08/09/2016, e informe de Neuropsicología, expedida por la Dra. Teresa Cavallini Rosin, médico Fisiatra, en el que indica, no pertenece a WILLER FERNANDO; y que con base en dichos antecedentes AXA COLPATRIA le manifestó que para el día 7 de junio de 2016, cuando solicitó el seguro y diligenció el formulario “Solicitud de Seguro Individual N. 672035”, ya presentaba antecedentes médicos que de haber sido conocidos por ésta, se había retraído de celebrar el contrato u otorgarlo en condiciones más onerosas”, actitud a la cual presenta repulsa puesto considera que la asegurada utiliza fundamentos infundados para no dar cumplimiento a la obligación legal de pago de la póliza, ya que como se evidencia y queda demostrado, se está basando en una historia clínica que no pertenece al demandante.

Que no obstante para la fecha de la suscripción del contrato de seguro, al actor no le figuraban antecedentes médicos que avalen lo dicho por la demandada, y que hagan retraer el contrato y declararlo nulo, por una supuesta reticencia inexistente, ya que el señor WILLER FERNANDO no actuó con mala fe en la suscripción del mismo, y a la

vez resalta que el principio de la buena fe en contratos de seguros, se predica tanto del tomador como del asegurador.

Que la demandada manifestó que el reclamo tampoco es objeto de cobertura, ya que las historias clínicas y exámenes médicos aportados, se evidencian los siguientes diagnósticos: Hipoacusia Neurosensorial Bilateral, otros síntomas y signos que involucran la función cognitiva y la conciencia, trastornos depresivos recurrentes, episodio moderado presente, otros trastornos del disco cervical, migraña, patologías que no reúnen las condiciones del amparo otorgado en los términos en que está estructurada en la póliza suscrita, ya que no es considerada incapacidad asimilada, según previsión del capítulo II de las condiciones generales “1. Incapacidad Asimilada a la Muerte, 1.1. Incapacidad total y permanente.”, patologías las cuales, junto con las historias clínicas descritas, no corresponden al demandante.

No obstante, la aseguradora concluyó que del análisis de las historias clínicas y de las declaraciones en cuanto a la ocupación, tipo de actividad, lugar de trabajo, activos y sitios de residencia, se advierte que el demandante no declaró el verdadero estado de riesgo en el momento de la solicitud del seguro, generando la reticencia consagrada en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, con base en lo cual se abstuvo de reconocer valor alguno a título de indemnización.

Que en razón a lo anterior, el 14 de febrero de 2017, radica la debida objeción a la respuesta recibida, a la cual se da contestación por parte de la aseguradora el día 22 de febrero de 2017, exponiendo en dicha oportunidad que obtuvieron copias de las historias clínicas del asegurado en las que se evidencian antecedentes médicos, por lo que se mantiene en los plasmado en la objeción inicial, por lo cual concluye que AXA COLPATRIA nuevamente persiste en afirmaciones

infundadas, toda vez que el antecedente médico del 20 de diciembre de 2016 al que hace alusión, no pertenece a WILLER FERNANDO.

Finalmente, que el demandante está sufriendo las consecuencias derivadas de su incapacidad total y permanente en condiciones precarias de salud, sin que se le haya hecho el reconocimiento económico de pago de póliza por parte de AXA COLPATRIA, lo que generalmente le conlleva a una situación de indefensión y vulnerabilidad manifiesta, mas aún cuando se le redujo ostensiblemente la calidad de vida, puesto se encuentra limitado en su capacidad laboral y emocional.

Repartido el conocimiento al Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar, mediante auto del 28 de septiembre de 2017, procede a admitir la demanda¹, ordenando notificar a la demandada, y corriéndole traslado de la misma por el término de 20 días.

CONTESTACION DE LA DEMANDA

*Una vez notificada la demandada **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA**, procede a contestar la demanda aceptando los hechos referidos a la suscripción de la póliza el 09 de junio de 2016, así como ser ciertas las condiciones o clausulado bajo las cuales se pactó, como también que el demandante fue determinado con un porcentaje de PCL, y la reclamación directa de pago que hizo a dicha compañía. Asimismo, asegura que el contrato de seguro suscrito por las partes aún se encuentra vigente, ya que tal y como lo ordena la ley, la aseguradora debía iniciar proceso para obtener la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia, el cual fue iniciado y cursa bajo el radicado 2017-00164 en el Juzgado 3 Civil del Circuito de Valledupar.*

¹ Fl. 123. C. 1

Por otra parte aclara que la objeción a la reclamación presentada por el demandante, no se debe a un capricho de la compañía o a una posición dominante, pues la misma estuvo fundamentada en varios puntos de hecho y de derecho, tales como la reticencia u ocultamiento del verdadero estado de salud del tomador, y de su verdadera situación patrimonial a la fecha de la firma de la solicitud de seguro, así como por el incumplimiento de los requisitos para ostentar la doble indemnización por pérdida de capacidad laboral, tal como fueron pactados en el clausulado. De igual manera indica no ser cierto lo aseverado por el demandante, en el sentido que al momento de tomar el seguro, no contaba con antecedentes médicos, pues su historia clínica indica lo contrario ya que se hallaron algunos que oscilan del año 2013 y que se encuentran plenamente identificados, con base en lo cual se formalizó la objeción por reticencia ante el ocultamiento de antecedentes médicos, además de los patrimoniales, y a su vez por no encajar la PCL con la definición de amparo contenida en el contrato de seguro.

En ese orden de ideas dice que la situación médica integral no debe ser analizada sobre un solo antecedente médico, ni frente a la PCL, sino de manera integral frente a toda su historia clínica, incluidos los eventos presentados en el año 2013, en razón a lo cual no es aceptable pensar que una cobertura obliga necesariamente a la compañía a pagar una indemnización, pues no se aceptan riesgos sin restricción alguna.

En cuanto a las pretensiones se opone a todas ellas, proponiendo las siguientes excepciones de mérito:

- 1) NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA. Refiere que en atención a la reclamación directa realizada por el demandante para afectar el amparo de “doble indemnización por incapacidad asimilada a muerte”, y que*

conforme con la facultad otorgada por el asegurado, la compañía accedió a su historia clínica pudiendo establecer que existían antecedentes médicos previos a la firma de las solicitudes del seguro, tales como: tensión alta y cefalea en agosto 21 de 2013; hipertensión arterial en septiembre 10 y noviembre 11 de 2013 y junio 16 de 2016 y dolor crónico a nivel lumbar en septiembre 8 de 2016 la cual se reporta, viene padeciendo desde hace 3 años atrás. De igual manera asegura que la ocupación registrada por el asegurado como “administrador de negocios de comidas rápidas” en calidad de “socio”, fue verificada por la compañía, encontrando que WILLER FERNANDO tenía un puesto de comidas rápidas ambulantes, mintiendo en sus declaraciones. Por otra parte, señala que en los activos registraba una casa propia y un vehículo que ascendían a \$80.000.000 lo cual no es cierto, todo lo cual llevó a que la compañía objetara la reclamación e iniciara el proceso tendiente a obtener la nulidad relativa del contrato de seguro por vía judicial, en razón a lo cual solicita que estando probada la preexistencia y consecuentemente a ello la mala fe, se debe declarar la nulidad relativa del contrato.

- 2) FALTA DE CONFIGURACION DE UNA INCAPCIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL DEMANDANTE, CONFORME LO ESTIPULA EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA CONTRATADA.
- 3) LEGITIMACION DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.
- 4) ACUMULACION PROCESAL
- 5) BUENA FE DE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA.

A su vez presentó la excepción previa de PLEITO PENDIENTE, la cual la fundamenta en el hecho que se encuentra en curso proceso entre las mismas partes y sobre el mismo asunto, por reticencia en el contrato de seguro, el cual se encuentra en conocimiento del juzgado

Tercero Civil del circuito de Valledupar, bajo el radicado 2017-00164, sobre lo cual se pronunció el juzgado mediante providencia del 18 de mayo de 2018, declarando no probada dicha excepción, auto que fue objeto de recurso de reposición y de apelación, decidiendo el juzgado no reponer manteniéndose en los argumentos inicialmente expuestos y rechazando la apelación por improcedente.

Seguidamente el juzgado mediante auto del 5 de septiembre de 2018 fija fecha y hora para llevar a cabo la audiencia de que trata el artículo 372 y 373 del CGP, y una vez llegada dicha data procede a realizar la diligencia, llevando a cabo la etapa de conciliación, la cual se declara fracasada ante la falta de ánimo conciliatorio entre las partes, se continúa con el saneamiento del proceso, los interrogatorios de las partes, fijación del litigio, decreto de pruebas, se procede a escuchar en alegatos de conclusión a las partes, y se dicta el fallo correspondiente.

SENTENCIA RECURRIDA

El 31 de enero de 2019, la funcionaria de primer grado profirió la sentencia negando las pretensiones de la demanda, en su lugar declaró probada la excepción de nulidad del contrato de seguro por reticencia propuesta por la demandada, y condenó en costas al demandante.

Como fundamento de su decisión, inicia por definir el contrato de seguro y las obligaciones que surgen para las partes contratantes, y resalta que el elemento esencial del contrato lo es la buena fe, tal como se encuentra consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, en razón al cual se exige al asegurado una absoluta sinceridad en su declaración de asegurabilidad, específicamente en cuanto a las condiciones del riesgo, ya que de lo contrario se incurre en una reticencia o inexactitud, la cual es sancionada por el legislador con

nulidad relativa, para lo cual trae a consideración providencia del alto Tribunal.

Definido lo anterior el despacho indica que aplicando la normatividad y la jurisprudencia a que hizo referencia, no existe duda que el demandante en su calidad de asegurado faltó a la verdad en su declaración de asegurabilidad al suscribir el contrato con AXA COLPATRIA, puesto que no declaró su verdadero estado de riesgo, de conformidad con el estudio de las pruebas que allegó al expediente y que pasó a estudiar.

Refiere que se encuentra como prueba, la póliza de seguro de vida individual número 2034213, expedida por la Compañía Axa Colpatria Seguros de Vida, en la que figura como tomador y asegurado el señor WILLER FERNANDO VARON CASTRILLON, por valor de 100 millones de pesos, con vigencia del 09 de junio de 2016 hasta el 09 de junio de 2021, la cual cubre el amparo de incapacidad total y permanente, por un valor de doscientos millones de pesos. Aunado, se allegó la solicitud de seguro individual N. 672035 del 7 de junio de 2016, que contiene además, la declaración de asegurabilidad en la cual se le indica al tomador que marque con una "X" si sufre o ha sufrido de cualquier enfermedad de alguno de los siguientes sistemas: orgánicos, cardiovascular, neurológico, todos los cuales no fueron marcados, además que se le indicó que si el espacio de descripción no era suficiente, completara en el renglón de las observaciones, el cual no fue diligenciado. Sumado a ello señala el despacho que al firmar dicha solicitud, el asegurado declaró expresamente lo siguiente: reconozco que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparezcan descritas, por lo tanto, la falsedad, omisiones, error, o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, sumado a que el demandante aceptó en su interrogatorio

que el contenido de la declaración de asegurabilidad lo encontró bien y por eso la firmo.

Por otra parte, señala que como pruebas fue aportada adicionalmente, la historia clínica del demandante donde consta la atención y prestación de los servicios de salud, obrando en la misma que para el mes de septiembre de 2013 tenía un diagnóstico de hipertensión arterial y que había sido intervenido quirúrgicamente por hemorragia umbilical, tal como se encuentra descrito en la consulta efectuada del 12 de agosto de la misma anualidad; de igual manera se reporta en la historia clínica del 16 de junio de 2016: “paciente joven de 29 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sin tratamiento ni control desde el 2013”, patología que si bien no aparece dentro de las enlistadas en el dictamen de calificación de invalidez que determinó la pérdida de capacidad laboral del paciente y con fundamento en la cual hace la reclamación de la indemnización pactada en el seguro, si es una enfermedad que padecía desde antes de suscribir el contrato de seguro y que no declaró al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.

De lo anterior concluye que para el 9 de junio de 2016, cuando el actor suscribió la declaración de asegurabilidad de la póliza de seguro de vida, ya había sido diagnosticado tres años atrás con hipertensión arterial y no obstante ello, no lo manifestó al momento de declarar el riesgo y contratar la póliza; señala que a pesar de lo anterior, el demandante en su interrogatorio niega dicho diagnóstico, sin embargo admitió que la historia clínica allegada en la que aparece consignado dicho antecedente, corresponde a su historial médico, piezas procesales que no fueron tachadas de falsas y por tanto gozan de total credibilidad, y el argumento expuesto por el demandante, en el sentido que no puede tenerse en cuenta dicha enfermedad como antecedente médico al no aparecer controles ni tratamientos, no es justificación para que deje de operar la reticencia por su ocultamiento,

ya que si tenía o no tratamiento, es responsabilidad del paciente y compete únicamente a su órbita personal.

De esta manera concluye que queda demostrado que el demandante ocultó su estado de riesgo deliberadamente, al suscribir el 7 de junio de 2016, la declaración de asegurabilidad, en razón a que para dicha data ya se encontraba diagnosticado con hipertensión arterial la cual venía padeciendo desde el año 2013, época en la cual consultó en varias ocasiones a su EPS para control y manejo de los síntomas que presentaba tal como se demuestra con las documentales visibles a folios 181, 186 y 189, de fechas 10 de septiembre, 12 de noviembre de 2013 y posteriormente el 16 de junio de 2016, respecto a lo cual señala, era obvio que si la empresa aseguradora hubiere conocido la existencia de dicha patología y antecedente médico, muy seguramente se habría abstenido de contratar o hubiera hecho más onerosa la relación contractual, por lo que al ocultarse tal circunstancia, la declaración está indubitavelmente signada de reticencia.

Aclara que en cuanto a la patología referida al dolor lumbar cuyo padecimiento aparece en la historia clínica que lo sufría desde el año 2013, obra dentro del proceso informe de neuropsicología en donde aclara que el padecimiento de la misma inicio en el mes de junio de 2016 según se observa a folios 200 y 201 del expediente, sin embargo indica el juzgado, que le resta valor probatorio a dicha prueba, las inconsistencias que se presentan en la demanda y en el interrogatorio rendido por el demandante.

Por otra parte, señala que no son aceptados los argumentos del demandante en el sentido de indicar que la aseguradora al venderle la póliza, no le investigó los antecedentes de salud y por tanto no le es dable alegar ahora la reticencia, pues ello va en contravía de lo estipulado en el artículo 1158 del Código de Comercio, el que indica

que, “aunque el asegurador prescinda del examen médico el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción de lugar”. Con base en dicha norma, asegura el juzgado que, si bien se exige a la aseguradora el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el estado de riesgo, también lo es que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que lo determinan, teoría que soporta en decisión del alto Tribunal, sumado al hecho que contrario a la interpretación realizada por la parte demandante, el artículo en referencia, no estipula que para la configuración de la reticencia, sea necesario demostrarse la mala fe del asegurado.

De esta manera señala que de los elementos probatorios se desprende que Wilmer Fernando aseguró estar en perfectas condiciones de salud, que era un hombre sano, negó que padeciera de alguna enfermedad al momento de firmar el contrato, lo cual es contrario a lo que se evidencia en su historia clínica donde se observa que desde el año 2013 se encontraba diagnosticado con hipertensión, por lo que a partir de ello, encontró acreditado la presencia del fenómeno de la reticencia del asegurado, en razón a lo cual procedió a desestimar las pretensiones de la demanda.

EL RECURSO

Inconforme con la decisión de primer grado, la apoderada del demandante, procedió a formular recurso de apelación, el cual lo sustentó dentro de los tres días siguientes a la emisión de la sentencia, concretando sus reparos en los siguientes:

Considera que erró el juzgado al analizar el dictamen emitido por calificación de invalidez, pues las patologías y los exámenes médicos que soportan el mismo, son posteriores a la fecha en que se suscribió

el contrato de seguro, con lo cual se descarta algún tipo de reticencia por parte del demandante. Asimismo señala que en lo que respecta al supuesto ocultamiento de la asistencia al médico por un episodio de hipertensión, la Corte Constitucional afirmó que quienes deben probar la reticencia son las aseguradoras, es decir, deben probar que el asegurado actuó de mala fe al momento de suscribir el contrato de seguro, sin que para el caso bajo estudio, se hubiese demostrado la mala fe del ahora demandante, puesto que “mi poderdante fue claro al manifestar que la declaratoria de asegurabilidad fue diligenciada por la funcionaria de la aseguradora y solo le preguntó que enfermedad grave padecía para la fecha de la adquisición, este respondió que no padecía enfermedades graves, lo cual se puede corroborar con su historial médico.”

Además, trajo a consideración la sentencia T – 024 -2016, “en la cual reafirma la importancia del deber de confirmación que debe existir por parte de la aseguradora y del tomador en el momento de la suscripción de la póliza. Explicó que estas entidades deben determinar el estado de riesgo asegurado, por lo que en los seguros de vida las preguntas generales al suscribir el contrato que no logran determinar la verdadera situación del tomador, no bastan para objetar la reclamación. En cuanto a las preexistencias la Corte Constitucional, aseguró que las compañías de seguros actúan negligentemente si no realizan los exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes, para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado.”. De lo anterior concluye que, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, ello no implica reticencia, ya que se presume la buena fe.

Finalmente indica que con la historia clínica del demandante se puede establecer que la patología por la que asistió al servicio de salud y cuyo diagnóstico es hipertensión, no fue asignado a tratamiento luego de tamizaje y vigilancia de cifras tensionales, así mismo de

paraclínicos normales, lo que desvirtúa de plano la reticencia alegada, en razón a lo cual solicita sea revocada la decisión de primera instancia.

Para su estudio entra la Sala a resolverla, previas las siguientes

CONSIDERACIONES

Sea lo primero advertir que, reexaminada la actuación cumplida durante la primera instancia, no observa el Tribunal que se hubiese trasgredido alguna ritualidad que conlleve nulidad de la actuación y que, además, deba declararse de oficio. Por otra parte, se hallan reunidos los presupuestos procesales necesarios para proferir sentencia de mérito, a lo cual procede el Tribunal, como quiera que los litigantes son personas naturales y jurídicas, por consiguiente, con capacidad para ser parte, estuvieron debidamente representados, la demanda no tiene un obstáculo formal que impida el fallo de fondo y el asunto se tramitó ante el juez competente para dirimirlo.

El problema jurídico a definir por esta Sala consiste en determinar si fue acertada o no la decisión de primera instancia, en cuanto a declarar probada la excepción de reticencia propuesta por la demandada, o si por el contrario la misma no se configura en el caso bajo estudio, en razón a que la demandada al momento de suscribir la póliza estaba en la obligación de solicitar o practicar exámenes médicos al asegurado para conocer si existían o no las circunstancias que dieron lugar a la nulidad del contrato, o por el hecho que el estado de salud no comunicado -hipertensión- no tiene relación directa con el pago del amparo pretendido, o por cuanto al llenar la declaración de asegurabilidad, no se ilustró al tomador sobre su diligenciamiento, y por lo tanto pudo esta inducido en error.

La tesis que sostendrá el tribunal es que se encuentra demostrada la reticencia por parte del demandante respecto del seguro de vida contratado con la demandada, ya que las circunstancias expuestas en su recurso, para que no se considere de esa manera, no son justificantes para el ocultamiento del real estado de salud del asegurado, y eso genera la nulidad del mismo, sin importar los motivos que llevaron al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, sumado a que el vicio en el contrato se crea independientemente a que el siniestro tenga una relación directa o no, con los hechos ocultados.

Como primea medida se hace necesario señalar, que en el contrato de seguro intervienen dos partes, el asegurador y el tomador: el primero es la persona que asume los riesgos a cambio de una remuneración y el segundo es quien traslada los riesgos al asegurador, según lo estipulado en el Código de Comercio. Por su parte el Código de Comercio no define como tal el contrato de seguro, pero si le atribuye las siguientes características:

- *Consensual: esta es una característica de los contratos que se perfeccionan con el solo consentimiento de las partes, juega un papel fundamental el consentimiento libre de cualquier vicio.*
- *Bilateral: las obligaciones en un contrato de seguro son tanto para el asegurador de responder por la suma asegurada cuando ocurra el siniestro, y para el tomador pagar la prima.*
- *Oneroso: para que el asegurador asuma los riesgos, es necesario que el tomador pague la prima, que no es más que la cantidad de dinero que se paga para que en caso de que ocurra el siniestro el asegurador responda.*
- *-Aleatorio: esta característica se la da el hecho de que no es susceptible saber si el siniestro va a ocurrir o no, o saber cuándo va a ocurrir, por ejemplo: se asegura un carro contra robo es posible o no que el carro se lo roben, por esto el seguro reviste el carácter de aleatorio.*
- *De ejecución sucesiva: por lo general el contrato de seguro es de ejecución sucesiva porque sus prestaciones son continuas en el tiempo.*
- *Nominado: se encuentra regulado por el Código de Comercio a partir del artículo 1036 al 1162.*

De igual forma, algunos autores le dan el carácter de ser un contrato de adhesión, ya que por lo general las cláusulas del contrato no son discutidas por las partes, sino que el tomador se somete a las condiciones del asegurador o entidad aseguradora. Por último, también se le ha dado el carácter de indemnizatorio, puesto lo que se

busca con el contrato de seguro es que se le repare el daño al asegurado cuando el siniestro ocurra, hasta el monto del valor asegurado que es a lo que está obligado el asegurador.

Ahora bien, de conformidad con lo evidenciado en términos generales al interior del plenario, se tiene que el extremo demandante reclama el pago del valor asegurado que se encuentra consignado en la póliza de seguros de vida No. 2034213, expedida por AXA COLPATRIA, en virtud del amparo denominado “Doble indemnización por invalidez total y permanente”, ocasionada en razón a la calificación de pérdida de capacidad total y permanente al demandante de fecha 10 de octubre de 2016, en un porcentaje de 57.68%, el cual fue determinado por parte de ASALUD LTDA entidad adscrita a COLPENSIONES. Además, se observa que la empresa demandada se opone a las pretensiones del actor, argumentando principalmente, la nulidad relativa del contrato de seguro por existir Reticencia o Inexactitud en la declaración de asegurabilidad, en razón a que según consta en la historia clínica, el asegurado tenía como antecedentes médicos tensión alta y cefalea, hipertensión arterial y dolor crónico a nivel lumbar, aspectos que resalta, no fueron puestos de presente en la declaración de asegurabilidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se procederá a efectuar un estudio de los aspectos relevantes que se contraen a la situación objeto de estudio, siendo esos, la existencia de la reticencia o inexactitud alegada por el extremo demandado.

Respecto de la inexactitud o reticencia, importa poner de presente lo establecido particularmente en el artículo 1058 del Código de Comercio, que dispone

:

“(…) 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 (...)"

Además de lo que precede, cabe también citar jurisprudencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, que en relación con la situación que se estudia en concreto ha consignado:

"(...) 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, ésta 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 (...) El artículo 1058 de Código de Comercio (...) ha sido analizado como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad comercial 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 sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca. (...)"².

"(...) De conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador del seguro, en virtud del principio de buena fe, tiene la carga de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo, con independencia que la aseguradora los constate, puesto que de todos modos aquel no queda liberado de las consecuencias adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, cuando ésta se sujeta a un cuestionario determinado, al punto que de haberlas conocido el asegurador se habría retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas.(...)"

"(...) En los seguros de vida, cuando el tomador asegurado omite el deber de informar sinceramente su estado de salud y sus antecedentes médicos, siendo esto relevante para el consentimiento del asegurador, es claro que otorgado éste en esas circunstancias, el mismo no estaría libre de vicios, porque al deformarse el estado del riesgo, esto conduce a que el asegurador también se forme un juicio equivocado sobre su extensión y alcance. En ese evento, el artículo 1058-1 del Código de Comercio, sanciona, en principio, la inexactitud o la << reticencia >> con la nulidad relativa del contrato de seguro (...)"³.

Visto lo anterior, es claro que especialmente en el contrato de seguro reviste una gran importancia la buena fe contractual que envuelve todo acto comercial, figura en virtud de la cual se exige al tomador o futuro asegurado, exactitud y compromiso al efectuarse la

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 1 de septiembre de 2010. Expediente 05001-3103-001-2003-00400-01, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla.

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 3 de febrero de 2008. Expediente 2004-00037-01

declaración de asegurabilidad, a fin que el asegurador conozca del tomador los hechos relevantes afines, en este caso a su estado de salud, para así calificar el riesgo asegurable.

Delimitado el primero de los ítems por estudiar, cabe manifestar que al interior del plenario se encuentra plenamente acreditado que entre WILLER FERNANDO BARON CASRILLON y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA, se suscribió un contrato de seguro contenido en la póliza vida; también que dentro de los documentos que reposan en el expediente se halla la Historia Clínica del demandante, expedida por COOMEVA EPS⁴, en donde se encuentra consignado lo siguiente:

✓ HISTORIA CLÍNICA DE FECHA 10 DE SEPTIEMBRE DE 2013:

Antecedentes

Antecedentes Personales

Hipertensión: Si (...)

Diagnóstico	Tipo de Diagnóstico	Contingencia Origen	Observaciones
R030: Lectura Eelevada De la Presión Sanguínea Sin Diagnóstico de Hipertensión	Confirmado Repetido	Enfermedad General	Paciente Normotenso quien con hábitos saludables mejora cifras tensionales. Se cita a control en 3 meses. Se estimula a continuar estilo de vida saludable.

✓ HISTORIA CLÍNICA DE FECHA 12 DE NOVIEMBRE DE 2013:

Situación actual

Causa de Consulta

Motivo de Consulta

Control HTA

Enfermedad actual

Masculino 26 años acude a iniciar control HTA actualmente asintomático no molestias físicas no antecedentes personales no mediación, refiere sentirse bien, no molestias físicas se ordena nuevo tamizaje previa modificación de estilo de vida saludable, dieta hiposódica y ejercicio regular trae resultados de uroanálisis normal y EKG normal.

✓ HISTORIA CLÍNICA DE FECHA 16 DE JUNIO DE 2016:

⁴ FI. 181-190. C. 1

Causa de Consulta. Motivo de Consulta **“lo de la presión arterial”**

Enfermedad actual: Paciente joven de 29 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sin tratamiento ni control paciente inasistente desde el 2013, actualmente refiere **cuadro clínico de mas o menos 15 días de evolución** caracterizado por cefalea holocraneana no pulsátil insidioso mas vértigos sin otra sintomatología.

Revisión por Sistemas: (...)

Neurológico

Ha presentado Dolor de Cabeza?: Si

Con que frecuencia?: Diario

Ha sentido Mareo?: Si

Con sensación de Girar: Si

Diagnóstico:

Conducta

Paciente con cifras tensionales elevadas el cual se ordena paraclínicos y se remite a control con recomendaciones se dan signos de alarma y recomendaciones generales hábitos de alimentación balanceada, se educa sobre riesgos cardiovasculares.

*En este orden de ideas se extrae del contenido de la historia clínica que el señor WILLER FERNANDO BARON CASTRILLON, en septiembre de 2013 presentó cifras de tensión altas pero que se normalizaron, por lo cual se eliminó el diagnóstico de HTA (hipertensión arterial); sin embargo y no obstante indicarle que debía regresar a control en 3 meses, éste acude al servicio de salud un mes antes, esto es, el 12 de noviembre de 2013, y el motivo de consulta lo fue control de HTA, en donde le hicieron las analíticas y el tamizaje correspondiente para pacientes hipertensos, y a fin de tratar su enfermedad le ordenan una dieta hiposódica (dieta baja en sal). Y finalmente se observa la historia clínica del 16 de junio de 2016, siendo en esta oportunidad el motivo de consulta **“lo de la presión arterial”**, fecha en la cual se deja consignado que el paciente refiere dolor de cabeza diario, con mareo y sensación de girar, cuadro clínico que informa se presenta mas o menos 15 días de evolución, por lo que se puede concluir que para la fecha en la cual diligenció la solicitud de seguro junto con la declaración de asegurabilidad que lo fue el 07 de junio de 2016, presentaba la patología señalada, de la cual tenía conocimiento y que ocultó al momento de suscribir el contrato de seguro, de lo cual se deduce que el asegurado actuó con mala fe encubriendo su estado de salud.*

Ahora si bien es cierto que dicha patología no tiene relación o no contribuyó con la incapacidad total y permanente que le fue dictaminada y por la cual solicita la indemnización correspondiente, la Jurisprudencia Colombiana ha sido reiterativa en afirmar que el vicio en el contrato por reticencia se genera, independientemente de que el siniestro se produzca como consecuencia de los hechos ocultados por quien tomó el seguro:

5.3. Ha de advertirse que el precedente jurisprudencial que tuvo en cuenta el Tribunal no aplica al caso sometido a estudio y para el preciso asunto que se analiza, en sentencia de 1º de septiembre de 2010 exp. 2003-00400-01, la Corte expresó:

*“(…) “Así las cosas, en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumenta en grado superlativo, pues como ha dicho la Corte, en materia de este negocio jurídico, la protección de las partes que concurren requiere el máximo de transparencia posible, ‘de modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera, un contratante no puede quebrar 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**’.* (Sent. cas. civ. de 19 de diciembre de 2005, Exp. No. 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 atestaciones 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 éste 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, como ya fuera demostrado’ (sent. cas. civ. de 30 de noviembre de 2000, exp. No. 5743). “(…)

*“4.2. **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 inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta 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.*

“4.3. 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 distinciones, 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' (sent. cas. civ. de 1º de junio de 2007, exp. No. 00179-01).⁵ (Negrillas y Subrayas del Despacho)

Ahora bien, en cuanto al argumento propuesto por el apelante como fundamento de su recurso a efectos de revocar el fallo de primera instancia, referente a que la demandada debió exigir o realizar exámenes médicos al asegurado para tomar el contrato de seguro, la jurisprudencia igualmente ha señalado en cuanto a la manifestación del estado de salud, lo siguiente:

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

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

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

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

De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 *id* previene que «[a]unque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

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

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 25 de mayo de 2012. Ref.: exp. 05001-3103-001-2006-00038-01. M.P Dra. RUTH MARINA DIAZ RUEDA.

inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».⁶

En este orden de ideas se concluye que la aseguradora no está obligada a realizar exámenes médicos a su asegurado, como lo pretende hacer ver el apelante, a menos que en palabras de la Corte, el asegurador tenga un conocimiento presuntivo del estado de riesgo lo cual en el caso bajo estudio no se encontró demostrado. En este orden de ideas, abstenerse de realizar exámenes, es un evento que se encuentra permitido por la normatividad, por tanto es la buena fe que opera en esta clase de contratos la que tiene mayor relevancia, y por tanto se confía en la manifestación espontánea que hace el asegurado sobre su estado de salud, se insiste, sin que sea necesario por parte de la aseguradora, constatar la información que él suministra, como ocurre en el caso bajo estudio, en atención a lo cual, el reproche del recurrente no cuenta con asidero jurídico.

Finalmente, en cuanto al otro motivo de censura, referente a que al tomador no se le haya ilustrado sobre el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, y por tanto pudo haber estado incurso en error, han de realizarse las siguientes precisiones:

En la Declaración de Asegurabilidad⁷ se evidencia que el asegurado Willer Fernando Barón Castrillón, al solicitársele “4. Por favor marque con una X si sufre o ha sufrido cualquier enfermedad de alguno de los siguientes sistemas orgánicos,” detallando uno a uno, sin embargo, éste no señaló ninguna, además que allí se le indicó: “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, el cual no contiene preguntas generales como lo pretende hacer ver el apelante. La reticencia o la inexactitud, sobre hechos o circunstancias que

⁶ Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016. Radicación N° 05001-31-03-003-2008-00034-01. MP. DR. Fernando Giraldo Gutiérrez.

⁷ Fl. 159. C. 1

conocidos por el asegurador lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato”, y a continuación le preguntan *¿Comprendió la información anterior?*, respondió de manera positiva. Sumado a ello se tiene que el demandante en su interrogatorio manifestó: *“En el momento de llenar la póliza, ella muy gentilmente me llenó todo el formulario, ella me iba preguntando y yo iba contestando, ella lo iba llenando y yo solamente firme y puse huella, yo después lo verifique y si, estaba bien”* (17:52 minutos parte 1 audiencia del 31 de enero de 2019).

En razón a todo lo anterior, los argumentos expuestos por el apelante quedan sin fundamento fáctico alguno, ya que se encuentra probado que el demandante conoció y comprendió el formulario que diligenció, por lo que la falta de ilustración sobre la declaración de asegurabilidad no tiene soporte probatorio alguno, pues sumado a todo lo anterior, en dicha declaración no aparece alguna anotación o indicación acerca que el interesado requirió ilustración para su diligenciamiento, o que lo solicitó y no se le proporcionó, por lo cual no encuentra el Despacho disculpa para que el asegurado no reportara su real estado de salud. Sobre el punto la jurisprudencia a que nos hemos venido haciendo referencia, señala al respecto lo siguiente:

“6.2. En cuanto a la determinación del *ad quem* de negarle efectos a la precitada *“declaración de asegurabilidad”*, porque no tiene el carácter de acto dirigido o espontáneo, dado que consta en un formato preimpreso elaborado por el *“asegurador”*, que simplemente se le hizo firmar al *“aspirante a tomador”* por la entidad bancaria donde tenía su cuenta de ahorros, agregando que esta circunstancia *“de suyo deja entrever la ausencia de instrucción e información por parte del asegurador”*, y que esa *“irregularidad”* no se subsana con la advertencia plasmada en el instrumento en cuanto a que no debía suscribirse sin leer y entender el texto, es palpable la ausencia de elementos de juicio para estructurar el citado razonamiento indiciario, por lo que el interrogante planteado por la impugnante, según el cual, *“¿cómo puede el Tribunal concluir que al señor Mesa Sierra no se le asistió en el diligenciamiento de la solicitud de seguro si no obra prueba alguna de ello en el expediente?”*, es totalmente admisible.

6.3. Así mismo se observa la inexistencia de medios de convicción que respalden las inferencias del fallador atinentes a que la comercialización y oferta del *“seguro de vida grupo”* en cuestión, al igual que la atención al interesado, no estuvieron bajo la responsabilidad de un agente del *“asegurador”*, sino que esa

actividad la desarrolló la entidad bancaria donde él tenía su cuenta de ahorros, deduciendo de ahí que no se le proporcionó información. Por el contrario, es evidente que ni siquiera se dieron a conocer circunstancias fácticas concretas que posibiliten fundar tales conjeturas, pues en las pruebas incorporadas, incluida la “*declaración de asegurabilidad*”, no aparece anotación o indicación acerca de que el interesado requirió ilustración para su diligenciamiento, o que habiéndola solicitado, se omitió suministrarla.

6.4. También resulta equivocada la reflexión del *ad quem*, que lo condujo a sostener con relación a la “*instrucción*” al cliente para formalizar la referida “*declaración*”, que en virtud de no ser el “*declarante*” el autor de los asertos ahí señalados, “*ni se piense que la advertencia allí expresada en el sentido de que no debía firmar sin leer y entender el contenido del documento, o si alguna de las circunstancias enunciadas no correspondía expresamente a su situación de salud, logra subsanar la irregularidad*”; pues no obstante que el “*asegurador*” preparó el cuestionario, ese hecho no afecta la validez ni le hace perder eficacia al citado documento, ya que el artículo 1058 del estatuto mercantil, lo autoriza para tal efecto, con el fin de que pueda conocer técnicamente el estado del riesgo. (...)

Sobre el particular, la impugnante reprocha preguntándose “*¿cómo puede el ad quem concluir que el señor Mesa Sierra ‘entendió’ que las adicciones se referían sólo al tema de drogas?*” y, “*cómo puede un juez conocer el entendimiento que una persona fallecida le dio a una palabra?*”; agregando, que “[n]o se trata de una expresión que requiera de un profundo conocimiento científico para entender su alcance pues es una palabra que a diario, en el lenguaje común, se emplea para designar el hábito incontrolable en el consumo de bebidas, comidas, cigarrillos y obviamente también drogas”, y en cuanto a ello la Corte advierte, que también en esa crítica tiene razón el casacionista, porque el mismo texto de la tantas veces citada “*declaración de asegurabilidad*”, permite deducir que el suscriptor conocía lo que estaba haciendo, pues en caracteres visibles aparece inserta la siguiente atestación: “*importante: no firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento. Si usted falta a la verdad al suscribir esta declaración, el contrato será nulo. (...). Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar*” y, como ya se mencionará, ninguna nota o aclaración figura en el instrumento que permita de manera objetiva percibir que el suscriptor no entendió la aludida expresión o que tuvo dudas acerca de su significado y, tampoco se incorporó evidencia que corrobore la ocurrencia de esa situación de incertidumbre.”

En estas condiciones, es forzoso concluir que el asegurado entendía completamente el cuestionario que se le realizaba para conocer las circunstancias que rodeaban su estado de salud, y sabía de las implicaciones en cuento al ocultamiento de las mismas, por lo cual no se puede exculpar su actuar, con la simple deducción que hace la apoderada de la parte demandante, respecto a que el asegurado se le preguntó en términos generales si padecía alguna enfermedad grave sin que fuere instruido acerca del contenido de la declaración, pues se reitera, no existe prueba de ello.

En este orden de ideas, a consecuencia del contenido de las Historias Clínicas que se pueden otear al interior del plenario, infiere el Despacho que hubo reticencia por parte del aquí demandante al hacer las declaraciones de asegurabilidad, pues el tomador, se insiste, ocultó sus antecedentes médicos, siendo ello, información que revestía gran importancia para calificar la intensidad del riesgo, razón por la cual sin hesitación alguna se puede afirmar que el contrato de seguro celebrado está viciado de Nulidad Relativa, , lo cual conlleva a confirmar en su totalidad la sentencia de primera instancia, por las razones aducidas en esta providencia.

En razón a lo anterior, se condenará en costas al apelante; en consecuencia, se fija como agencias en derecho la suma de un (01) SMLMV, concepto que incluirá el juzgado de primera instancia que debe elaborar, conforme lo dispone el artículo 366 del Código General del Proceso.

En consonancia con 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,

RESUELVE

PRIMERO. - CONFIRMAR la sentencia proferida el 31 de enero de 2019 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar - Cesar, dentro del proceso iniciado por WILLER FERNANDO BARON CASTRILLON contra AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA, de conformidad a lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO. - CONDENAR en costas a la parte recurrente WILLER FERNANDO BARON CASTRILLON; en consecuencia, se fijan

como agencias en derecho la suma de un (01) SMLMV, concepto que incluirá el juzgado de primera instancia que debe elaborar, conforme lo dispone el artículo 366 del Código General del Proceso.

TERCERO. - Devolver el expediente a la a quo para que proceda de conformidad.

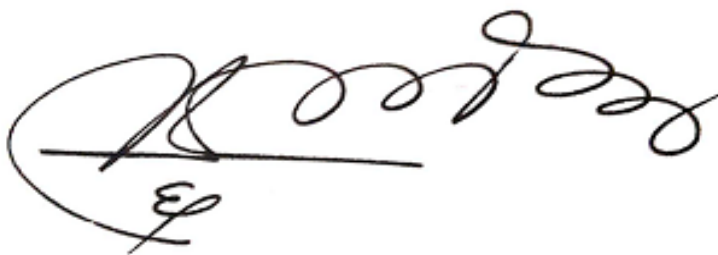
Esta decisión se adoptó en sala virtual de la fecha, en atención a la medida que el Consejo Superior de la Judicatura dispuso en Acuerdo PCSJA20-11521 del 19 de marzo de 2020, relativa al trabajo en casa, por motivos de salubridad pública y fuerza mayor, ante la presencia de la pandemia provocada por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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



ALVARO LÓPEZ VALERA

Magistrado Ponente



JESUS ARMANDO ZAMORA SUAREZ

Magistrado



JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH

Magistrado