

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES SALA DE DECISIÓN CIVIL - FAMILIA

MAGISTRADA PONENTE: SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

Radicado: 17-001-31-03-006-2019-00062-02

Manizales, ocho (8) de septiembre de dos mil veintiuno (2021).

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia proferida el 2 de marzo de la corriente anualidad por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, Caldas, dentro del proceso verbal de nulidad de contrato de seguro adelantado por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. en contra de JOHAN FELIPE OSPINA DELGADO.

II. ANTECEDENTES

A. DE LA DEMANDA.

La actora solicitó declarar la nulidad relativa del contrato de seguro de vida “plan vida personal” materializado en la póliza No. 3992272-3, debido a la reticencia e inexactitud en la que incurrió el tomador cuando expuso el estado del riesgo, pues ocultó los estudios médicos que se le venían realizando para el diagnóstico de una enfermedad. En consecuencia, adujo, el negocio debe cesar en sus efectos, permitiéndosele a la aseguradora retener las primas causadas y percibidas a título de pena; lo anterior, de conformidad con lo previsto en los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio.

En sustento de su pretensión, reseñó que el demandado, en calidad de tomador, celebró el prenotado contrato con vigencia del 14 de noviembre de 2017 hasta el 14 de noviembre de 2018, renovado en esta fecha hasta el 14 de noviembre del año siguiente; negocio para el cual, el asegurado, el mismo día de la expedición de la póliza hizo la correspondiente declaración de asegurabilidad dirigida y respondió el cuestionario sobre el estado del riesgo a través de la plataforma electrónica de la aseguradora, el cual firmó en la prenotada calenda en señal de ratificación.

Al momento del diligenciamiento, contestó negativamente la pregunta relacionada con sus antecedentes médicos, exámenes y estudios actuales para diagnosticar alguna novedad en su salud. No obstante, según la historia clínica, para ese momento al querellado le estaban practicando una serie de valoraciones direccionadas a definir una patología cancerígena que a la postre se confirmó; información omitida que era relevante para establecer el estado real del riesgo que iba a asumir la aseguradora, misma que de conocer, la hubiera retraído de celebrar el contrato.

B. DE LA CONTESTACIÓN.

Enterado del auto admisorio, el demandado, a través de apoderado judicial, se pronunció frente a los hechos, se opuso a las pretensiones y propuso las excepciones de mérito denominadas: **1.** Ausencia o inexistencia de reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro por incumplimiento de las obligaciones en cabeza de la aseguradora; **2.** Buena fe; **3.** El cáncer padecido por la madre del demandado es una alerta de predisposición a padecer esta patología y Seguros de Vida Suramericana S.A. debió verificar tal situación mediante exámenes clínicos; y **4.** La genérica.

De otro lado, dada su pertinencia en el debate medular de este proceso, cabe indicar que el encartado desconoció el documento denominado "copia de la declaración de asegurabilidad electrónica realizada por JOHAN FELIPE OSPINA DELGADO" aportado por la demandante; lo anterior, en razón a que, según expuso, no fue el que diligenció en la plataforma de la empresa de seguros.

C. DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

Mediante sentencia del 2 de marzo hogaño, el *a quo* accedió a las pretensiones y, en consecuencia, declaró la nulidad relativa del contrato de seguro de vida recogido en la póliza No. 3992272-3, autorizando a la aseguradora retener las primas pagadas conforme lo prescribe el artículo 1059 del Código de Comercio.

Para arribar a esa conclusión, el sentenciador comenzó por reconocer la autenticidad de la declaratoria de asegurabilidad que desconoció el demandado, asignándole eficacia probatoria al no ser tachada de falsa; aunado a que se trata de un documento electrónico que se presume auténtico. Seguido, entró a valorar el contenido del mentado formulario, de donde evidenció que el tomador faltó a la verdad cuando negó que se encontraba sometido a exámenes para el diagnóstico de alguna enfermedad, pues se demostró que para esas calendas estaba haciéndose unos análisis para confirmar o descartar una patología cancerígena; precisándose, además, que al no indagársele por una aflicción confirmada, solo bastaba con informar sinceramente esos estudios, sin que, por tanto, fuera de recibo la estrategia de defensa basada en que el diagnóstico de cáncer se confirmó con posterioridad a la suscripción del contrato.

Al cierre, reseñó que de acuerdo a la jurisprudencia constitucional, la aseguradora debe, o practicar un examen médico o recibir una declaración de asegurabilidad y si opta por esta última, tiene la carga de demostrar la mala fe del tomador, la cual, en el *sub examine*, quedó acreditada con la conducta reticente de Johan Felipe quien dejó de informar que le estaban practicando exámenes médicos para el diagnóstico de una enfermedad, pese a conocer dicha circunstancia; omisión que seguramente tuvo razón en su calidad de abogado, de donde se sigue que sabía o debía saber que si manifestaba tal cosa a la aseguradora, esta no contrataría el seguro, lo aplazaría o quizá cobraría un valor mayor por la prima.

D. DEL RECURSO DE APELACIÓN.

El extremo pasivo disintió de la decisión de primer grado, exponiendo los siguientes reparos: **1.** Reiteró que no acusó la falsedad de la declaración de asegurabilidad, porque no fue suscrita por él; de modo que el trámite correspondiente era el desconocimiento, sin que la demandante demostrara su autenticidad, misma que tampoco era presuntiva, dado que no se trataba de un documento electrónico. Seguido, precisó que la divergencia entre los números de uno y otro formato denota que son documentos diferentes, con todo que el desconocido carece de valor probatorio, por lo que no se demostró que se le hubiera preguntado acerca de alguna una enfermedad como cáncer o si se encontraba en tratamiento o diagnóstico de un padecimiento; de ahí que la reticencia aducida no existió.

2. Se dolió de la falta de valoración frente a la información suministrada sobre el cáncer de mama padecido por su progenitora, a partir de la cual, la aseguradora debió adoptar las medidas necesarias para establecer o descartar esta patología en él, dada su predisposición hereditaria. 3. Censuró la valoración del testimonio del agente de seguros, pues, a su juicio, esta fue parcializada en favor de la demandante, ya que se pasó por alto que el declarante indicó que él estuvo cotizando el seguro de vida tres meses antes de su suscripción, “cuando ni siquiera habían (sic) muestras de enfermedad alguna, pues según la historia clínica el día del diagnóstico del cáncer, la evolución era de más o menos 1 mes”. 4. Por último, resaltó que la jurisprudencia constitucional “descarga la responsabilidad de verificar la veracidad de la información brindada por el asegurado y el estado real de este en la compañía de seguros, para lo cual debe desplegar todas las actuaciones necesarias”, de modo que en este caso, hubo una interpretación errónea por parte del cognoscente, ya que el tomador autorizó la consulta de su historia clínica y la realización de cualquier tipo de exámenes médicos; no obstante, la compañía, quien tiene la posición dominante, no lo hizo, razón por la cual, el *a quo* se equivocó al decretar la nulidad del contrato¹.

D. TRASLADO DE LA DEMANDADA.

Dentro del término procesal oportuno, el apoderado judicial de la parte demandante refutó los reparos y solicitó la confirmación de la sentencia atacada, para lo cual, secundó los argumentos allí esgrimidos. En tal sentido, reseñó que la declaración de asegurabilidad es un documento electrónico cuya presunción de autenticidad no fue desvirtuada por la parte demandada; aunado a que se demostró la reticencia del tomador quien, al momento de informar sobre el estado del riesgo, negó padecer alguna patología o estar sometido a análisis médicos, lo que se desmintió con su historia clínica; siguiéndose de esa conducta su mala fe. Por último, insistió que no es obligación de la aseguradora verificar exhaustivamente los riesgos; puntualizando que los antecedentes oncológicos de la progenitora no eran motivo suficiente para ordenar exámenes al tomador, dado que él afirmó gozar de muy buena salud.

III. CONSIDERACIONES

A. MANIFESTACIONES PRELIMINARES.

Mediante el Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020², el Gobierno Nacional dispuso la modificación transitoria de algunos artículos del Código General del Proceso y estableció en su canon 14, la forma como se debe surtir el recurso de apelación de sentencias en materia civil - familia; precisándose que en aquellos eventos en que no sea necesaria la práctica de pruebas, el fallo se proferirá por escrito, tal y como aquí ocurre.

B. DE LA DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE DECISIÓN.

En atención a los reparos concretos expuestos por el apelante, encuentra la Sala que, por su identidad, estos pueden resolverse en dos grupos a saber: el primero, que versará sobre la autenticidad y valor probatorio del formulario electrónico de la declaración de asegurabilidad; y el segundo, donde se estudiará la reticencia y mala fe atribuida al demandado. Delimitado el marco de la controversia, la Sala entrará a desatar la alzada, en la forma en que se agruparon los reproches.

¹ Para fundamentar este punto, citó la sentencia T-061 de 2020.

² Por el cual se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

C.DE LA AUTENTICIDAD Y VALOR PROBATORIO DEL FORMULARIO ELECTRÓNICO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.

1. DE LA PRUEBA DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato de seguro es aquel “en virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ‘prima’, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al ‘asegurado’ los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta (...)”³; negocio que, conforme las previsiones del artículo 1036 del Código de Comercio, es de carácter “consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”, de donde se sigue que para su perfeccionamiento solo basta el acuerdo de voluntades entre las partes.

Empero, los términos convenidos para su celebración pueden ser documentados por las partes; de ahí que el canon 1046 del estatuto mercantil ordene que “**con fines exclusivamente probatorios**, el asegurador está obligado a entregar en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de seguro, el cual se denomina póliza, el que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador”. En ese orden, el documento donde constan las estipulaciones “**puede o no tener la firma del tomador**, sin que la falta de la misma conlleve a la invalidez del acuerdo o un disenso de éste con su contenido, ya que por lo general corresponden a formularios preimpresos con un propósito netamente demostrativo de los puntos que fueron conocidos desde un comienzo por los involucrados”⁴. (negritas propias).

Entonces, la prueba del contrato es la póliza, cuyo contenido mínimo está reglamentado en el artículo 1047 del Código de Comercio, la cual, según el canon 1048 *ibídem*, está integrada por la solicitud de seguro firmada por el tomador y los anexos que se emitan para adicionarla, modificarla, suspenderla, renovarla o revocarla; constituyendo, en consecuencia, una unidad documental⁵.

Con lo anterior, es claro que el seguro es un contrato consensual que se perfecciona con el solo consentimiento de las partes y se prueba con la póliza y los demás documentos que la integran; lo anterior, sin perjuicio de la confesión. De hecho, tal y como lo ha sostenido la jurisprudencia, estos son los únicos medios de convicción idóneos para acreditar este vínculo negocial, pues con las modificaciones incorporadas por la Ley 389 de 1997, se estableció “un régimen probatorio especial para demostrar su existencia, consistente en que ‘el contrato de seguro se probará por escrito o por confesión’”; consagrándose así, “una de las excepciones al principio general del derecho probatorio por el cual las partes pueden acudir a cualquier medio de convicción lícito para comprobar los hechos cuya verificación les interesa para defender sus derechos (...)”⁶. Dicho en otras palabras, la reforma legal, “en su empeño de eliminar la exigencia de la póliza como requisito formal *ad solemnitatem* necesario para la constitución del contrato de seguro, no quiso tampoco generar, como consecuencia del carácter consensual del mismo, márgenes de inseguridad, ni menos servir de semilla a interminables litigios, y optó entonces por exigir un formalismo *ad probationem*, como es la presencia de un escrito que aunque no repercute en el perfeccionamiento del mismo, sí incide en la manera como debe demostrarse, al cual agregó también la posibilidad de la prueba de confesión, ampliando en esa medida el régimen legal anterior (...)”⁷.

2. DE LA IMPUGNACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.

El inciso segundo del artículo 244 del Código General del Proceso prevé que “[l]os documentos públicos y los privados emanados de las partes o de terceros, en original o en copia, elaborados, firmados o manuscritos, y los que contengan la reproducción de la voz o de la imagen, se

³ CSJ, SC del 24 de enero de 1994.

⁴ CSJ, SC 2803 del 4 de marzo de 2016, radicado 2008-00034-01.

⁵ Al respecto, ha explicado la jurisprudencia: “Los anexos, como su mismo nombre lo indica son documentos llamados a integrarse a la póliza como documento maestro y forman un todo con ella. Son documentos adicionales y accesorios contentivos y exteriorizantes de una o varias declaraciones de voluntad, tendientes a modificar el contenido del contrato de seguro y por ende la relación jurídica establecida anteriormente, bien adicionándolo, modificándolo, suspendiéndolo, renovándolo o revocándolo” (CSJ, SC 6709 de 2015).

⁶ CSJ, SC del 16 noviembre de 2005, rad. 09539-01.

⁷ *Ibidem*.

presumen auténticos, mientras no hayan sido tachados de falso o desconocidos, según el caso”. Ahora, en lo atinente a su contradicción⁸, la norma adjetiva establece que la parte a quien se atribuye un documento podrá tacharlo de falso en el evento de aducirse que está suscrito o manuscrito por ella⁹, o desconocerlo, cuando no cuenta con su firma. Es decir, la falsedad ataca la veracidad de la rúbrica o cualquier signo de identificación impuesto en el instrumento; entretanto, el desconocimiento refuta su atribución, pues se basa en la falta de suscripción.

En ambos casos, quien impugne la autenticidad de un documento debe expresar los motivos en que fundamenta la tacha o el desconocimiento; si lo primero, el censor tiene la carga de demostrar la falsedad, si lo segundo, corresponde a quien lo aportó, acreditar que es auténtico, esto es, que sí proviene de la parte a quien se atribuye¹⁰.

Pues bien, con las anteriores precisiones, cumple ahora analizar si el documento aducido por la aseguradora es o no auténtico, teniendo en cuenta el desconocimiento expresado por la parte demandada; advirtiéndose, delantamente, que la presunción de autenticidad que lo acompaña no fue desvirtuada en el presente asunto, tal y como se explicará en el siguiente acápite.

3. DE LA AUTENTICIDAD DE LA DECLARACIÓN ASEGURABILIDAD EN EL CASO EN CONCRETO.

En el punto, recuérdese que la parte demandante allegó los siguientes instrumentos para demostrar la existencia del contrato cuya nulidad relativa deprecia: (i) la póliza No. 3992272-3 – carátula, condiciones generales y exclusiones- y (ii) la solicitud del seguro. Este último se compone a su vez de dos archivos, de un lado, la “solicitud para seguro de vida individual” No. 8355831 y del otro, la “confirmación del contenido de la solicitud electrónica del seguro” No. 080000355831. Como se sabe, el demandado se dolió de la autenticidad del primero de estos, desconociéndolo, por no ser el que diligenció en la plataforma electrónica.

Para el análisis de esta oposición, deben considerarse dos hipótesis. La primera se fundamenta en la referida unidad documental del contrato de seguro, en tanto que la póliza está integrada por la solicitud y los anexos, de modo que la suscripción de aquella implica la de estos. Con tal entendimiento, en el presente caso se tiene que la declaración de asegurabilidad electrónica sí estaba firmada por el demandado y en ese orden, su contradicción debió enfilarse por la senda de la tacha de falsedad, la cual le imponía la carga de demostrarla, misma que no cumplió, dado que ni siquiera la propuso y en general, ningún esfuerzo suasorio desplegó con tal propósito. Bajo tal tesitura, el documento conservó, no solo su presunción de autenticidad, sino también, su eficacia probatoria.

La segunda se basa en la independencia de los documentos, evento en el cual, cada uno debe estar suscrito individualmente. Esta variable hermenéutica se contrapone con la tesis de la unidad documental prenotada y, a decir verdad, carece de sustento jurídico, dado que el contrato de seguro puede celebrarse con o sin declaración previa¹¹; pero, de existir, esta queda integrada a la póliza, cuya expedición hace prueba del consentimiento de las partes, el cual queda refrendado con la suscripción de esta. En el punto, refiere la jurisprudencia que, “a pesar de que el artículo 1048 ibidem dice que hace parte de la póliza la ‘solicitud de seguro firmada por el tomador’, en caso de ser previa, nada obsta para que se dejen en un instrumento

⁸ Código General del Proceso, artículo 269 a 272.

⁹ O cuando se le aduzcan reproducciones mecánicas de voz o imagen.

¹⁰ Código General del Proceso, artículo 249. El documento es auténtico “cuando existe certeza sobre la persona que lo ha elaborado, manuscrito, firmado, o cuando exista certeza respecto de la persona a quien se atribuya el documento”

¹¹ Al respecto, expone la doctrina: “si bien es deber del tomador declarar el estado del riesgo (art. 1058), de ahí no se deduce que la declaración sea esencial al contrato, su antecedente necesario. Lo esencial es el consentimiento. Otorgado este por el tomador, el contrato puede perfeccionarse [...] con declaración o sin ella” (OSSA G. J. Efrén. “Teoría General del Seguro: El Contrato”: Bogotá, Ed. Temis, 1991, pág. 327).

único con el clausulado las advertencias de éste sobre el 'estado del riesgo'. Solo que si están por separado se consolidan para verificar en conjunto el real alcance del acuerdo volitivo"¹².

Ahora, de aceptarse la autonomía del documento refutado¹³, bueno es recordar, conforme lo dispone el artículo 272 del Código General del Proceso¹⁴, que para dar trámite al desconocimiento, el opositor debe expresar los motivos en que se sustenta, los cuales, en este caso, fueron ausentes, puesto que la impugnación se limitó a aducir la falta de diligenciamiento, sin explicar, por ejemplo, las circunstancias en que se llevó a cabo el ingreso de la información en la página web de la aseguradora y las razones por las cuales alude que el archivo impreso que se le atribuye no coincide con el diligenciado por él; con todo que la ausencia la requerida fundamentación, sería suficiente para desestimar esta senda de contradicción.

Con lo anterior, queda claro que el medio de confrontación apropiado era la tachar y no el desconocimiento, advirtiéndose que, de entrada, la refutación propuesta no estaba llamada a prosperar. No obstante, resulta oportuno precisar que, en uno u otro evento, el demandado tampoco logró desvirtuar la presunción de autenticidad del documento que se le atribuyó y, en contraposición, se tiene que la aseguradora cumplió con la carga de acreditar que el mismo sí provenía de él, tal y como pasa a explicarse:

En el punto, comiencese por destacar la disonancia interna del querellado en su deposición cuando en un principio negó categóricamente el diligenciamiento de una declaración de asegurabilidad y luego, no logró mantener esa negativa, mostrándose evasivo, aunque reconociendo haber firmado un documento al respecto. Así, a la pregunta "¿qué indicaciones le dio este señor [refiriéndose el Juez al agente intermediario] para diligenciar la declaración de asegurabilidad?", el demandado respondió: "[n]o, indicaciones señor juez, lo único fue que cuando yo a fui adquirirlo, pues nos habló de varios tipos de seguros que tenía en ese momento, para el momento en el que estábamos pues se me acomodó al precio el que me ofreció que fue el que tomé, que aún lo tengo, y no, pues no me dijo nada más, solamente pues me habló del seguro de vida como tal, de los precios, de los beneficios, por ende, tomé también el de mi hija y el de mi esposa y pues no fue más". Luego, cuando se le consultó sobre si había leído la declaración de asegurabilidad que le extendió la aseguradora antes de firmar el contrato, de forma evasiva contestó: "[n]o señor juez, lo único que yo firmé allá el día que tomé la póliza fue un documento que tendría que verlo para poder decirle cual fue"; sin referirse al punto indagado, esto es, si hubo o no formulario al respecto. Seguido, ante la anterior respuesta, el cognoscente la indagó: "pero ¿no lo leyó usted?", a lo cual aseveró: "[n]o señor juez, el señor Jairo Ramírez me dijo: 'firme acá, esta es la toma de la póliza, desde hoy hace cualquier situación que se venga puede hacer uso de él y no fue más'".

Frente a esta declaración, huelga señalar con base en las previsiones del artículo 205 del Código General del Proceso, que tal conducta evasiva debe apreciarse como indicio grave en contra del absolvente respecto al hecho atribuido por la aseguradora como cierto y que no es otro que el diligenciamiento del formulario de asegurabilidad aportado con la demanda.

Continuando, también se evidencia que su exposición fue contradictoria con relación a lo dicho en la contestación de la demanda y proposición de excepciones de mérito, donde el demandado cimentó su estrategia de defensa en manifestar que el formato aducido no fue el que absolvió, desprendiéndose de allí, implícitamente, que sí hubo una declaración dirigida que respondió, misma que admitió en distintos apartados del mentado libelo.

¹² CSJ, SC 2803 de 2016.

¹³ Como lo alega el apelante.

¹⁴ En lo pertinente, indica la norma: "En la oportunidad para formular la tachar de falsedad la parte a quien se atribuya un documento no firmado, ni manuscrito por ella podrá desconocerlo, **expresando los motivos del desconocimiento**. La misma regla se aplicará a los documentos dispositivos y representativos emanados de terceros. / **No se tendrá en cuenta el desconocimiento** que se presente fuera de la oportunidad prevista en el inciso anterior, ni el **que omita los requisitos indicados en el inciso anterior** (...)" (negritas propias).

En lo pertinente, huelga resaltar que en el escrito de defensa comenzó por aludir que tal formulario nunca se diligenció, pero al mismo tiempo, deja entrever que ello sí se hizo, solo que no fue el “dirigido”. Así, en el pronunciamiento al hecho segundo de la demanda señaló: “No es cierto, **el demandando nunca realizó declaración de asegurabilidad dirigida**, y prueba de ello es que en el hecho se dice que la recibieron por escrito por medio de la plataforma electrónica, **por lo que queda demostrado que no fue dirigida o asistida por la parte demandante**”. No obstante, cuando contestó los hechos tercero, cuarto, sexto, séptimo, décimo primero y décimo segundo, no desconoció el documento sino la pregunta concreta sobre los exámenes que se estaba practicando, indicando que tal interrogante “**no existe en ningún documento de los que están suscritos por el demandado**” (negrillas propias).

Luego, en la fundamentación de las excepciones dio un giro a su tesis, reconociendo que sí hubo un formulario de asegurabilidad diligenciado. Así, en sustento de la primera expuso: “[e]n el presente caso se encuentra probado que no existió reticencia al momento de suscribir el contrato de seguro por parte de del señor JOHAN FELIPE OSPINA DELGADO, **pues si se analizan los diferentes formularios que él diligenció previos a que lo aceptaran como tomador y asegurado**, no se observa que en algún momento hubiera ocultado información sobre las enfermedades en las cuales se le indagó haber padecido se le hubieran diagnosticado hasta ese momento” y añadió: “[d]ebe tenerse en cuenta también que **la aseguradora al momento de poner en conocimiento del demandado el formulario ‘SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL’ para que el mismo lo diligenciara, debió brindarle asistencia y toda la información necesaria y muy clara, con el fin de evitar que incurriera en errores, (...)**”. Finalmente, para el tercer medio exceptivo señaló: “[e]l señor JOHAN FELIPE OSPINA DELGADO **al momento de contestar el cuestionario para suscribir el contrato de seguro**, manifestó que su madre había padecido cáncer de seno y que a raíz de esta enfermedad falleció (...)” (negrillas propias).

En el punto, resáltese que esta última afirmación solo encuentra sustento en la prueba documental aportada por la demandante, incluyendo el formato desconocido, dado que la pasiva no allegó otro elemento de convicción al respecto; de hecho, la compañía no desmintió tal declaración sobre la enfermedad de su progenitora, en tanto que así aparece señalado en el controvertido formulario de asegurabilidad No. 8355831. Así, tal formulario no puede desconocerse para negar la pregunta sobre los exámenes médicos y admitirse para probar que sí se le indagó sobre los antecedentes familiares, pues ello iría en contravía de la indivisibilidad de los documentos prevista en el artículo 250 del Código General del Proceso¹⁵.

De lo anterior se sigue que el demandado, en procura de desconocer el documento que le fue atribuido, mantuvo una posición disonante donde inicialmente afirmó que nunca se diligenció un formulario de asegurabilidad y luego reconoció que ello sí sucedió; incluso, llegó a admitir en la sustentación de la tercera excepción que el formato aportado por la demandante coincide con el que absolvió, aunque de forma parcial, únicamente con relación a la enfermedad de su mamá.

Empero, ese no fue el único momento en que admitió que el documento sí provenía de él, pues, en el trámite de la de la acción de tutela que promovió contra de la aseguradora para el pago del siniestro, reconoció el formulario que ahora desconoce; aspecto que se desprende de los antecedentes de la sentencia que resolvió ese amparo en donde se referenció: “[e]n el escrito de demanda, el señor Ospina Delgado da cuenta, en concreto, de los siguientes hechos: / Después de analizar diferentes ofertas, decidió tomar una póliza de seguros de vida en la Compañía Suramericana S.A. y, para esos efectos, el día 10 de noviembre de 2017 **diligenció el formulario Nro. 8355831 denominado ‘Solicitud para seguro de Vida Individual’(...)**”; luego se lee: “[e]l 17 de ese mismo mes (noviembre de 2017) diligenció el formulario ‘Confirmación del Contenido de la Solicitud Electrónica de Seguro’(...)”¹⁶. (negrillas propias).

¹⁵ Refiere la norma: “La prueba que resulte de los documentos públicos y privados es indivisible y comprende aun lo meramente enunciativo, siempre que tenga relación directa con lo dispositivo del acto o contrato”.

¹⁶ Providencia del 11 de diciembre de 2018, dictada por el Juzgado Tercero Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Manizales; documento que fue aportado por la parte demandante y que no fue refutado por el demandado. Es más, este trámite constitucional fue referenciado en el hecho décimo de la demanda y admitido por la pasiva, quien al pronunciarse sobre el

En suma, si bien el interrogatorio de parte es un medio de prueba autónomo, resultan evidentes las contradicciones internas en su mismo dicho y con los demás medios probatorios; discordancias que le restan credibilidad a lo allí aseverado, esto es, que no diligenció el formulario de asegurabilidad aducido por la demandante.

Y es que, en contraste a las narraciones del querellado, tenemos la declaración del testigo John Jairo Ramírez Londoño, quien fungió como intermediario en la negociación, tal y como se desprende de la póliza y se corrobora con la declaración del demandado, cuando refirió acudir a sus servicios para adquirir el seguro de vida. Asimismo, dicha participación fue señalada por el representante legal de la compañía y reconocida por el mismo corredor, quien en su testifical refirió que Johan, junto con su esposa e hija, después de un par de cotizaciones, acudieron a su oficina el 14 de noviembre de 2017 para tomar la protección; manifestando que los recuerda muy bien, relatando de manera muy detallada las razones de ese recuerdo tan claro, de la siguiente forma: “Johan Felipe Ospina y Sara Jaramillo llegaron a mi oficina referidos de un cliente nuestro de la policía (...) los atendimos y lo recuerdo perfectamente, el caso para mí no tiene absolutamente ninguna duda, no tiene nada en este momento que yo diga no me acuerdo, porque primero, ratifico, lo atendí personalmente, les dediqué todo el tiempo (...) la cita es a puerta cerrada, en la gerencia de mi oficina y me dediqué el tiempo. Johan Felipe fue con sara Jaramillo - su señora- y fue con la niña (...). Lo recuerdo tan claramente, que precisamente cuando salimos allá, viendo que era una familia joven, que yo simplemente estaba pensando que pensaban en su futuro y el de su hija y demás, me pareció un bonito gesto y lo publiqué en las redes sociales como un ejemplo para las generaciones. Tengo la foto en las redes sociales con el día que salieron. En la foto que la puedo mostrar si es del caso esta Johan Felipe, está Sara, está la niña y estoy al lado de ellos. La foto fue tomada por una de mis empleadas que fue la que con el computador en la mano se sentó con ellos y tomó toda la información. (...) yo puedo tener 2000 clientes aproximadamente y de muy pocos clientes uno tiene una foto en las redes sociales, lo hice precisamente porque me parecieron eran juiciosos, organizados, por eso tengo tan claro tema y no tengo ninguna duda”.

Luego, frente al formulario de asegurabilidad absuelto por el demandado, insistió en que atendió personalmente la asesoría en la gerencia de su oficina, donde además de Johan Felipe, su esposa e hija, también estaba presente una empleada de la empresa llamada Adriana Serna, quien fue la encargada de ingresar a la plataforma la información que suministraba el tomador. Seguido, enfatizó que las preguntas se leyeron una a una, dándole el tiempo al solicitante para que las respondiera, entre ellas, la que el demandado desconoce; precisando que se trata de un formato estándar vigente hace años y que no cambia por cliente. Posterior, frente a si el solicitante podía verificar los datos que se iban cargando en la web, expuso categóricamente que el diligenciamiento se hizo en su presencia: “él estaba al lado mío, las preguntas se le hicieron a él porque las tiene que responder él, no las puede responder otra persona”; resaltando que “la información que nos entrega el cliente la transmitimos nosotros (...), pero es la información que nos da el cliente (...) él está al lado de nosotros (...) por eso el computador lo pasamos de su puesto habitual y lo ponemos al lado del cliente, para que no haya la menor duda, en ese tema debe haber la claridad absoluta para todo (...)”.

Es importante advertir que, contrario a Johan Felipe, que en su deposición exhibió una actitud contradictoria y evasiva, el testigo en mención, se mostró seguro y contundente en su relato, exponiendo de manera hilada, coherente y detallada el proceso de asesoría, asistencia y acompañamiento que le brindó; memorando claramente y sin asomo de duda los detalles de la reunión -para lo cual incluso refirió datos anecdóticos que denotan la veracidad de su dicho- y, por supuesto, el diligenciamiento del formulario de asegurabilidad donde se le hicieron todas las preguntas cuyas respuestas fueron ingresadas al sistema en presencia del tomador.

A lo anterior se suma que el señor John Jairo Ramírez Londoño es un profesional reconocido como corredor de seguros, con una experiencia de 30 años en el campo; trayectoria comercial que fue admitida por el demandado en su declaración. En el punto,

resáltese la fluidez y propiedad con la que se expresó cuando refirió su actividad y forma de ejercerla, siendo enfático en señalar que siempre atiende personalmente la colocación de los seguros de vida, pues comprende la responsabilidad que ello implica, de modo que en este caso, no existe motivo para pensar que en la asesoría ofrecida a Johan Felipe hubiera faltado a sus deberes para obtener el consentimiento y surtir todos los pasos para la expedición de la póliza, incluyendo, por tanto, la declaración de asegurabilidad.

Aunado, pese a que el testigo tiene un vínculo contractual con la aseguradora dada su calidad de agente, estima la Sala que tal circunstancia no le afecta su imparcialidad, pues esa cercanía le permitió conocer de primera mano y de forma directa la adquisición de la póliza por el pasivo. Es que su exposición fue neutral, detallada y objetiva acerca de los pormenores de la negociación y la forma en que brindó asesoría y acompañamiento a Johan Felipe y su familia, lo que permite concluir que el documento de asegurabilidad aportado por la demandante si provenía del tomador, deducción concordante con la demás documentación anexada.

Así, frente a la identidad del formulario, téngase en cuenta que el demandado suscribió el mismo día de la negociación un formato denominado “confirmación del contenido de la solicitud electrónica del seguro”; advirtiéndose que este y el de la solicitud son coincidentes en cuanto al nombre del tomador, el ramo del seguro y la fecha en que se diligenciaron. Tal instrumento también fue rubricado por el agente de seguros.

Por último, si bien existe una divergencia en los números del formato electrónico con respecto al de confirmación, adviértase, en primer lugar, que ello no fue objeto de reparo alguno en la contestación y formulación de excepciones; en segundo término, la aseguradora explicó que los ceros que aparecen agregados en el último, obedecen a la rotulación interna de la compañía, con el fin de evitar la creación constante de nuevos rangos de consecutivo. En tal sentido, expuso que el primer número de la solicitud es 8 (ramo seguro de vida) y 355831 corresponde al del formulario como tal; por eso, en la solicitud electrónica aparece simplificado: 8355831, mientras que en la confirmación análoga se expresa completo, esto es, 080000355831.

En suma, la presunción de autenticidad del formulario de asegurabilidad no fue desvirtuada, por lo que su eficacia probatoria se mantuvo incólume, razón por la cual, la censura formulada alrededor de este tópico no prospera. En adición, huelga recordar, conforme lo previsto en el inciso 2° del artículo 247 del Código General del Proceso, que la simple impresión en papel de un mensaje de datos debe valorarse de conformidad con las reglas generales de los documentos, tal y como se hizo en los párrafos precedentes; de ahí que la discusión planteada en torno a si el archivo refutado es o no electrónico, resulta intrascendente.

B. DE LA BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGURO Y LA SANCIÓN POR RETICENCIA.

1. DEL MARCO LEGAL Y JURISPRUDENCIAL.

En materia del contrato de seguro, el artículo 1058 impone al tomador la obligación de “declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”; precisando que “[l]a 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”.

Asimismo, la norma advierte que si la declaración no es dirigida sino espontánea, “la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo”. Luego, con relación al asegurador, el precepto normativo remata indicando que “[l]as 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”.

De lo anterior se desprende que el aseguramiento reclama en grado sumo un obrar recto, diligente y honesto de las partes, imponiéndoles actuar de buena fe calificada, es decir, libre de toda culpa; y es que, como lo sostiene la jurisprudencia constitucional, “[a]severar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador”.¹⁷

En tal sentido, con relación al tomador, este debe declarar sinceramente sobre los hechos y circunstancias relevantes que rodean el estado del riesgo, con todo que la omisión, el silencio, la imprecisión o la mentira al respecto, afectaran la validez del negocio, el cual, podrá rescindirse por esa causa; de ahí que “la reticencia o inexactitud en que incurra el tomador del seguro acerca del estado del riesgo genera nulidad relativa del contrato, siempre que los datos omitidos o imprecisos sean relevantes para la calificación del estado del riesgo”¹⁸.

En ese orden, la información inadvertida solo podrá afectar la validez del contrato cuando sea trascendente, puesto que, si la omisión recae sobre aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia adversa puede germinar de allí. En contraposición, si el tomador no oculta datos relevantes y en general, declara sincera y completamente el estado del riesgo fundado en la información objetiva que tiene sobre el mismo, no podrá predicarse incumplimiento alguno a sus deberes en la etapa precontractual, con lo cual se descarta la presencia de la mentada causal de invalidación.

Por su parte, el asegurador también debe reportar una conducta recta, diligente y honesta en la actividad comercial; imperativo que se desprende del inciso final del prenotado artículo 1058 del Código de Comercio. Al respecto, huelga precisar que si bien la intención del legislador fue evitar que las compañías de seguro resultaran defraudadas por quien se abstiene de reportar con total sinceridad el estado del riesgo, no es menos cierto que las aseguradoras tienen una carga correlativa de auscultar la información que le suministran, es decir, de “investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esa obligación, pudiendo efectivamente hacerlo”¹⁹; pues, a decir verdad, “resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, [...] soslaya información a su alcance racional, de suyo conducente a revelar pormenores alusivos al estado del riesgo; o renuncia a efectuar valoraciones que, intrínsecamente, sin traducirse en pesado -u oneroso- lastre, lucen aconsejables para los efectos de ponderar el riesgo que se pretende asegurar, una vez es enterado de posibles anomalías, o en fin deja de auscultar, pudiendo hacerlo, dicientes efectos que reflejan un específico cuadro o estado del arte (existencia de ilustrativas señales), no puede clamar, ex post, que se decreta la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente (...)”²⁰.

Entonces, tanto el tomador como el asegurador tienen la carga correlativa de obrar con buena fe exenta de culpa y en tal sentido, el primero debe exponer sinceramente las circunstancias relevantes del estado del riesgo, mientras que el segundo, tendrá también que informarse sobre las condiciones de asegurabilidad del potencial contratante. Por tal razón, en la práctica y por regla general, las compañías proponen un cuestionario con preguntas dirigidas a establecer, objetivamente, las reales condiciones de los peligros que se propone amparar, pues es con base en las respuestas que se forman una idea general y razonable para definir si es necesario auscultar más acerca de las personas o

¹⁷ Corte Constitucional, sentencia C-237 de 1997

¹⁸ CSJ, SC 5327 de 2018.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ CSJ SC del 2 agosto de 2001, Exp. 6146.

las cosas a asegurar; de modo que una manifestación limpia no genera sospecha alguna sobre los contornos del incierto a cubrir, por lo que, en tal evento, acudir a dicha práctica sería presumir la mala fe del tomador por parte de la aseguradora.

De este modo, la correcta hermenéutica del inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, parte de que la expresión “ha debido conocer” no excluye el deber del tomador de informar al asegurador sobre todas aquellas circunstancias importantes y relevantes sobre el estado del riesgo; de hecho, lo involucra, pues es con base en la declaración dirigida o espontánea que ofrezca, según el tipo de aseguramiento que pretende, que la aseguradora podrá valorar si lo asume o no. En correspondencia, cuando la compañía recibe información que evidencia una anomalía que proyecta la probabilidad de ocurrencia del siniestro o lo potencializa, su deber de diligencia le impone hacer las averiguaciones necesarias para delimitarlo, pues de lo contrario, una vez amparado, no podrá invocar sanción alguna.

Ahora, la reticencia o inexactitud, *per se*, no engendra la nulidad relativa del contrato, pues tal ocultamiento, imprecisión o mentira debe tener incidencia en el riesgo asegurado y relación directa con su realización. Al respecto, precísese, existen dos posturas: una que aboga por la causalidad siniestral²¹ y otra basada en la relevancia de la omisión de información en la solicitud del seguro²². La primera reclama la existencia de una relación causal entre la reticencia y el siniestro; entretanto, la segunda, exige que la inexactitud sea trascendente.

Los anteriores criterios de valoración en torno a la correlativa carga de las partes de obrar de buena fe, la reticencia e inexactitud y la nulidad relativa del contrato por esta causa, también han sido reconocidas por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, donde, yendo más allá, se ha enfatizado en la necesidad de dar prevalencia a una interpretación *pro homine* o *pro consumatore* en favor del tomador – asegurado, a fin de evitar conductas que materialicen el abuso de una posición dominante por parte de las aseguradoras.

En tal sentido, se ha reiterado que las compañías de seguro tienen la obligación de verificar la historia clínica del potencial asegurado y realizarle exámenes médicos para definir el estado real del riesgo en los seguros de vida, de modo que la omisión de estas cargas conduce a la asunción irrestricta del incierto amparado, sin que luego pueda excusar su responsabilidad en el reconocimiento de la cobertura; lo anterior, salvo que se demuestre la mala fe del tomador. Esta posición se desprende de las reglas jurisprudenciales precisadas por la Corte Constitucional en la sentencia T-027 de 2019²³ donde, en lo pertinente, expuso:

“En suma, y vistos los pronunciamientos precedentes, la Sala Novena de Revisión reitera y puntualiza las siguientes reglas jurisprudenciales que han sido establecidas en relación con la aplicación de los postulados del principio constitucional de buena fe en el contrato de seguro:

(...)

82.2. La aseguradora tiene la obligación de realizar una de las siguientes acciones, con el propósito de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato: a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado.

²¹ Tesis acogida por la jurisprudencia constitucional, en la que se resalta la obligación de la aseguradora de demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado. Ver, entre otras, las sentencias T- 442 de 2018 y T-061 de 2020.

²² Posición refrendada por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en la que solo la omisión de información relevante para establecer objetivamente el riesgo asegurado genera la sanción del contrato. Ver entre otras, la sentencia SC 5327 de 2018.

²³ Esta providencia hace un análisis de las posturas asumidas en las sentencias T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-007 de 2015, T-393 de 2015, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-676 de 2016 y T-251 de 2017.

82.3. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.

82.4. Si la aseguradora conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas en precedencia, no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado”.

El criterio jurisprudencial expuesto fue ratificado en la sentencia T-061 de 2020²⁴ citada por el apelante para fundamentar su censura con relación a la omisión de la aseguradora de no verificar la historia clínica del tomador y realizarle los exámenes médicos para establecer su real situación de salud, máxime cuando se le advirtió sobre su predisposición hereditaria a desarrollar cáncer en razón a que su progenitora falleció por esta causa; de donde coligió, con base en dicho precedente, que la demandante, en este caso, ya no podía invocar la nulidad del contrato.

Empero, la censura así esbozada tergiversa la regla jurisprudencial fijada por el alto tribunal, pues si bien la no verificación de la historia clínica o la falta de exámenes médicos, en principio inhiben al asegurador para demandar la rescisión del seguro por reticencia, no es menos cierto que dicho obstáculo desaparece si demuestra la mala fe del tomador al momento de declarar el estado del riesgo -lo que en efecto ocurrió en el asunto en ciernes, tal y como se expondrá en el acápite siguiente-; posición que no está por demás mencionar, se corresponde con lo dispuesto en el artículo 1158 del Código de Comercio que pregona: “[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”.

Entonces, la alzada edificada en la indebida interpretación jurisprudencial, al carecer de sustento, debe despacharse desfavorablemente junto con la esgrimida en torno a la enfermedad de la progenitora del tomador, dado que este aspecto, según lo prenotado, se torna irrelevante en el *sub examine*. Aunado, no sobra indicar, que de tal antecedente familiar no podía desprenderse que Johan Felipe, al tiempo de contratar el seguro tuviera cáncer; patología que tampoco podía preverse en razón a que en su declaración del estado del riesgo manifestó que gozaba de buena salud y que no estaba practicándose exámenes diagnósticos de algún padecimiento. En adición, precísese que la aludida predisposición hereditaria no se traduce en que el pariente siempre vaya a desarrollar dicha afección.

2. DE LA PRUEBA DE RETICENCIA Y MALA FE EN EL CASO EN CONCRETO.

Al respecto, se tiene que el 14 de noviembre de 2017 se celebró entre las partes el contrato de seguro de vida “plan vida personal” que se instrumentó en la póliza No. 3992272-3, cuyas coberturas pactadas fueron: (i) vida; (ii) cáncer; (iii) enfermedades graves; (iv) invalidez, pérdida funcional y desmembramiento por accidente; y (v) invalidez pérdida funcional y desmembramiento por enfermedad.

Asimismo, recuérdese que, con miras a obtener el amparo, el tomador diligenció los siguientes documentos: (i) “solicitud para seguro de vida individual” No. 8355831 y (ii) la “confirmación del contenido de la solicitud electrónica del seguro” No. 080000355831. En el formato electrónico, cuya autenticidad se esclareció en el primer punto de la apelación, el pretenso asegurado contestó la declaración de asegurabilidad dirigida, esto es, las preguntas acerca del estado del riesgo, entre ellas, la siguiente: “¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas, o conmociones cerebrales

²⁴ Si bien en esta sentencia se declara la improcedencia del amparo deprecado por no cumplirse el requisito de subsidiariedad, en las consideraciones reitera el precedente señalado en la T-027 de 2019.

por las que hayan recibido o están recibiendo tratamiento o control médico o tienen programada alguna intervención quirúrgica en los próximos 6 meses **y/o se encuentran en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?**” (negrillas propias); misma que absolvió de manera negativa. Aunado, en la “confirmación del contenido de la solicitud electrónica del seguro” No. 080000355831, la cual no fue objeto de controversia, el demandado garantizó que gozaba de muy buena salud.

Hasta aquí, nótese como sí se le consultó de manera precisa acerca de los exámenes médicos que estuviera realizándose para el diagnóstico de alguna enfermedad y, además, de forma general, por su buen estado de salud, negando lo primero y afirmando lo segundo. No obstante, de la historia clínica aportada con la demanda y que tampoco fue objeto de reparo alguno, se evidencia que el tomador, para la fecha de la solicitud y suscripción del contrato de seguro, estaba practicándose exámenes con miras a definir una patología cancerígena, la cual se confirmó a los pocos días.

En el punto, se destacan las siguientes notas: **1.** Biopsia por aspiración (percutánea) de tiroides practicada **el 8 de noviembre de 2017²⁵**, suscrita por el Doctor Campo Elías Castillo Pinilla del Centro Radiológico. En los datos clínicos indica: “[p]aciente de 32 años, refiere aparición reciente de un nódulo en el lado izquierdo del cuello” y en el procedimiento describe: “previa asepsia y antisepsia, bajo guía ecográfica se introduce aguja fina y se obtienen muestras significativas de la adenopatía de la cadena V izquierda que se fijan en 7 placas / procedimiento sin complicaciones”. Seguido, señala que el reporte de patología es: **“compromiso por neoplasia maligna”** y en las recomendaciones expresa: “[r]equiere valoración prioritaria por cirugía de cuello para retirar un ganglio completo incluyendo la capsula y realizar estudio histopatológico **para diagnóstico definitivo**” (negrilla propia). **2.** Informe de patología del Instituto Caldense de Patología con fecha del 14 de noviembre de 2017. Como datos clínicos se mencionan: “bacaf de adenopatía cervical izquierda”. En la descripción macroscópica refiere: “se recibe para estudio 7 placas marcadas adenopatía cervical izquierda, se fijan, rotulan, colorean y montan” y en la microscópica indica: “sobre un fondo hemorrágico se observan Infocitos (sic) de mediano y pequeño tamaño dispuestos de manera difusa entremezclados con células grandes pleomórficas de núcleos hiper cromáticos que se disponen de manera difusa o en acúmulos”; adicionándose la siguiente nota: “el cuadro histológico **corresponde a una neoplasia maligna**; para diferenciar carcinoma de linfoma es necesario excisión para estudio histopatológico”. Al cierre, en la impresión diagnostica se describe: “ganglio linfático – Bacaf / **compromiso por neoplasia maligna** / favor ver descripción y nota”

Con lo anterior, encuentra la Sala que el demandado, en efecto, faltó a la verdad cuando negó que a la fecha de la solicitud del seguro se le estaban practicando estudios médicos para el diagnóstico de alguna enfermedad, pues, con evidencia, la historia clínica demuestra lo contrario; información soslayada que, además, no solo era relevante para determinar el estado real del riesgo que asumió la aseguradora, dada su incidencia en las coberturas contratadas, entre ellas, el amparo por cáncer, sino que también tenía relación de causalidad con el siniestro ocurrido, en la medida que versaba sobre exámenes diagnósticos de una patología cancerígena que, de confirmarse, como en efecto sucedió, daba derecho al pago de la indemnización por parte de la compañía. De lo anterior se concluye, tal y como lo estableció el *a quo*, que la reticencia e inexactitud demostrada en este asunto sí generaba una causal de nulidad relativa del contrato.

Ahora, según se expuso en precedencia, según la jurisprudencia constitucional, en caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, **la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado**, esto es, **demostrar con suficiencia que actuó con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica** al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello; conducta que quedó evidenciada con el proceder de Johan Felipe, quien, a sabiendas, ocultó que se le estaban practicando exámenes

²⁵ Esto es, 6 días ANTES de la declaración de asegurabilidad.

médicos con miras a establecer el diagnóstico de una patología, los cuales, ya sugerían con probabilidad la naturaleza cancerígena del padecimiento, lo que se desprende desde la misma biopsia, donde se expresó como reporte de patología un compromiso por neoplasia maligna.

La conciencia sobre este hecho sumada a la reclamación posterior del seguro, inicialmente por vía de tutela y luego en el proceso adelantado ante el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Manizales²⁶, evidencian la intención del tomador reticente de sacar provecho de su omisión, al pretender el pago de la compensación de un siniestro que al momento de celebrar el negocio, ya tenía virtualidad de ocurrencia con grado de certeza; información relevante que de haberse suministrado, hubiera dado la oportunidad a la aseguradora de verificar el estado real del riesgo para definir si lo asumía o no.

Aunado, esta carga de sinceridad se encarecía en el presente caso, si se tiene en cuenta que el demandado es abogado, de manera que, por su formación profesional, se deduce que sabía de su obligación de obrar de buena fe en la declaración de asegurabilidad; de ahí que la inexactitud en la que incurrió, a todas luces resulta inexcusable.

Con lo expuesto, los reparos formulados para controvertir la reticencia y mala fe endilgada tampoco se abren paso. Corolario, comoquiera que ninguno de los reproches realizados por el apelante contra la sentencia de primera instancia prosperó, el fallo atacado se confirmará y en consecuencia se le condenará en costas.

IV. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 2 de marzo de la corriente anualidad por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, Caldas, dentro del proceso verbal de nulidad de contrato de seguro adelantado por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A en contra de JOHAN FELIPE OSPINA DELGADO.

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte apelante.

TERCERO: DEVOLVER el expediente al Juzgado de Origen, una vez se fijen las agencias en derecho por la Magistrada Sustanciadora, en lo que atañe a costas de segunda instancia, conforme lo prevé el artículo 366 del Código General del Proceso.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
LAS MAGISTRADAS,**

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA

ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

²⁶ Proceso declarativo radicado con el número 170013103003-2019-00320-00.

Firmado Por:

Sandra Jaidive Fajardo Romero
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 8 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Sofy Soraya Mosquera Mtoa
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala Despacho 004 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Angela Maria Puerta Cardenas
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 6 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **68f56676f6a6a83b3e9aa73334960f5c55988376cd3db8d9fbefc4c4abd92bd0**
Documento generado en 08/09/2021 10:45:38 AM