



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

Valledupar – Cesar, 12 de abril de 2024.

Referencia	Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Contractual
Demandante	ELKIN CUELLO ARISMENDY
Demandado	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTRO
Radicado	20001-40-03-001-2021-00401-01
Asunto	Sentencia Segunda Instancia

I. ASUNTO

Procede este despacho a desatar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia adiada 23 de marzo de 2023, proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal en Oralidad de Valledupar, al interior del proceso de la referencia.

II. ANTECEDENTES

El Señor ELKIN CUELLO ARISMENDY, promovió demanda para que se declarará que AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A debe pagarle la suma asegurada con ocasión del acaecimiento del riesgo asegurado de incapacidad total y permanente, las pretensiones del proceso eran: (i) Que se declare que AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A suscribió la póliza N°1000382276 amparando el riesgo de incapacidad total y permanente (ii) Que AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A pague la suma de \$113.940.724 y los intereses comerciales moratorios a la tasa máxima (iii) que se condene en costas y agencias en derecho.

Dichas pretensiones las realiza fundamentado en los siguientes hechos relevantes:

- El señor ELKIN CUELLO ARISMENDY fue asegurado con la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA mediante una póliza de seguro de vida plan familia, identificada con el número 1000382276, vigente desde el 18 de agosto de 2017 y cuyo valor asegurado era la suma de \$113.940.724, el objeto de esa póliza era asegurar un capital para cubrir situaciones inesperadas, entre las que se encuentra la incapacidad total y permanente.
- El señor ELKIN CUELLO ARISMENDY fue incapacitado parcialmente por quebrantos de salud por más de 180 días, por lo que fue calificado mediante el dictamen N° 17855920-1682 de fecha 05 de septiembre de 2019, en el cual se estableció una pérdida del 55.89% y fecha de estructuración 03 de julio de 2019.
- El 03 de junio de 2020 el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY presentó reclamación para que se le pague la indemnización cubierta por la póliza 1000382276, por haber ocurrido el riesgo de incapacidad total y permanente. Sin embargo, mediante escrito de fecha 05 de marzo de 2020 fue objetada la reclamación, dado que presentada antecedentes médicos al momento de la suscripción del seguro.

III. TRÁMITE PROCESAL

Mediante proveído de 03 de junio de 2022 se admitió la demanda¹ y se vinculó a la entidad financiera BANCO COLPATRIA, por cuanto, podría tener un interés en el resultado del proceso.

¹ Ver folios 1 al 4 del archivo de numeración 01 del expediente



La apoderada de la parte demandada SCOTIABANK COLPATRIA S.A. dentro de la oportunidad dada por el despacho contestó la demanda y expresó que no le constan los hechos 2, 3, 6, 7, dio por ciertos el 1, 4 y 5 y no tuvo como una manifestación del poder conferido el hecho 8; propusieron las excepciones de "(...) FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA FRENTE A SCOTIABANK COLPATRIA S.A, INEXISTENCIA DE OBLIGACION INDEMNIZATORIA EN CABEZA DE SCOTIABANK COLPATRIA S.A. POR NO SER UNA COMPAÑIA DE SEGUROS AUTORIZADA PARA LA EXPLOTACION Y COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS DE SEGURO, INCUMPLIMIENTO DEL TOMADOR, INEXISTENCIA DE UN LITISCONSORCIO NECESARIO FRENTE A SCOTIABANK COLPATRIA S.A, BUENA FE Y CUALESQUIERA OTRAS EXCEPCIONES PERENTORIAS QUE SE DERIVEN DE LA LEY INCLUIDA LA DE PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES (...)”².

El apoderado de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de la oportunidad dada por el despacho contestó la demanda y expresó que son ciertos los hechos 1, 4, 6, 7 y 8, parcialmente cierto el hecho 2 y negaron los hechos 3 y 5 respecto de los cuales realizaron algunas consideraciones; propusieron las excepciones de "(...) NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO NÚMERO 100382276 CON OCASIÓN DE RETICENCIA PROBADA DEL ASEGURADO, FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA, RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONTRACTUAL NO SE HA CONFIGURADO, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO PACTADAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CERTIFICADO INDIVIDUAL 1000382276 Y RECONOCIMIENTO DEL PRINCIPIO IURA NOVIT CURIA”³.

IV. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Primero Civil Municipal en Oralidad de Valledupar, mediante sentencia del 23 de marzo de 2023, negó las pretensiones, con los siguientes argumentos:

- De conformidad con las pruebas documentales que se incorporaron al proceso se tiene por demostrado que el demandante adquirió con AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A una póliza de seguro de vida plan familia, identificada con el N° 1000382276 vigente desde el 18 de agosto de 2017, además que el actor fue calificado mediante el dictamen N° 17855920-1682 de fecha 05 de septiembre de 2019, en el cual se estableció una pérdida del 55.89%. Sin embargo, el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY en su calidad de asegurado faltó a la verdad en las declaraciones de asegurabilidad que hizo ante la entidad demandada al declarar sobre su estado del riesgo, por lo que es necesario declarar probada la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia del asegurado.
- En la historia clínica del señor ELKIN CUELLO ARISMENDY consta que padecía patologías, las cuales no fueron informadas a la parte demandada, lo cual, a sabiendas no manifestó al momento de declarar el riesgo y contratar la póliza de seguro y que presentaba unos síntomas que sí afectaban su estado de salud, los cuales resultaron ser de tal entidad que generaron que le declararan una incapacidad total y permanente. Lo cual, lleva a colegir que, si la empresa aseguradora hubiera conocido la existencia de dichas patologías y antecedentes médicos, muy seguramente se habría abstenido de contratar o hubiera hecho más generosa la relación contractual.

² Ver folios del 1 al 10 del archivo de numeración 30 del expediente

³ Ver archivo de numeración 19



- No puede enrostrársele a la aseguradora una falta de diligencia para conocer el verdadero estado del riesgo al contratar el seguro, alegando que pudo haber conocido las enfermedades que padecía el asegurado cuando éste no le puso de presente las posibles anomalías de su estado de salud y al ser ocultado frente a ello no señaló o dio circunstancias que implicaran agravación del riesgo o la imposibilidad de contratar el seguro.
- El clausulado de la póliza N° 1000382276 señala que "(...) *para todos los efectos de esta póliza se considera incapacidad total y permanente aquella que imposibilita al asegurado menor de 70 años para realizar cualquier ocupación u oficio remunerativo a consecuencia de lesión orgánica, alteración funcional o enfermedad sufrida o contra ella durante la vigencia del presente contrato, y no provocada intencionalmente por el mismo asegurado (...) siempre que tal incapacidad sea de carácter total, permanente e irreversible, requiera de otras personas para deambular, vestirse, asearse o alimentarse, y que haya existido de manera continua por un periodo no menor de 150 días y sea reconocida como tal en la historia clínica del asegurado. (...)*". Entonces el dictamen N° 17855920-1682 de fecha 05 de septiembre de 2019, en el cual se estableció una pérdida del 55.89% no cumple con los requisitos para que se configure lo denominado en el clausulado como incapacidad total y permanente.
- Se declararon probadas las excepciones nulidad relativa del contrato de seguro número 100382276 con ocasión de reticencia probada del asegurado y la excepción de mérito denominada el riesgo de incapacidad total y permanente contractual no se ha configurado.

V. FUNDAMENTOS RECURSO

Inconforme la parte demandante, interpuso recurso de apelación, los reparos concretos realizados en la audiencia fueron: (i) El Juez de primera instancia no tuvo en cuenta que la prescripción para alegar reticencia de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio y la Sentencia SC2803 del 2016, ya que la demandada AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción el 03/06/2020 fecha en la que se presentó la reclamación y tenía hasta el 03/06/2022 para alegar por vía de acción o excepción la nulidad relativa del contrato de seguro (ii) dentro de la declaración de asegurabilidad no hay un ítem para que el demandante manifieste si está o no está enfermo (iii) no se tuvieron en cuenta los pronunciamientos del Tribunal Superior Sala Civil, Familia, Laboral de este distrito judicial (iv) La aseguradora se limitó a demostrar las patologías que el señor Elkin tuvo pero no logró demostrar que esa información no manifestada hubiesen retraído a la compañía de celebrar el contrato o celebrar con condiciones más onerosas (v) Existe una clausula abusiva que exige que para la ocurrencia del siniestro de incapacidad total y permanente se debe estar en estado vegetativo asimilable a la muerte.

En sede de segunda instancia el apoderado de la parte demandante sustentó su recurso de la siguiente manera:

- **Prescripción para alegar la nulidad relativa del contrato de seguros N° 100382276:** El demandante suscribió el contrato de seguros el 18 de agosto de 2017 y el día 03 de junio de 2020 presentó reclamación solicitando indemnización por la ocurrencia del siniestro de Incapacidad Total y Permanente, por lo que, el 03 de junio de 2022 feneció para alegar la nulidad del contrato por vía de acción o excepción y en este caso la contestación fue presentada el 21 de julio de 2022, es decir, de manera extemporánea.



- **No se probaron que los ocultamientos de haber sido conocidos por el asegurador lo hubieran retraído de celebrar el contrato de seguro:** La compañía está en la obligación de demostrar que la omisión en el deber de información lo hubieren retraído de celebrar el contrato o estipular condiciones más onerosas. No toda reticencia o no toda inexactitud desencadena por si sola la nulidad relativa del contrato.
- **El riesgo de incapacidad total y permanente no se ha configurado:** Se demostró la ocurrencia del siniestro mediante el dictamen proferido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena. Además, no es de recibo para que sea considerado como la ocurrencia del siniestro que la persona deba quedar casi en estado vegetativo.
- **Existe una cláusula abusiva respecto a que para entenderse la ocurrencia del siniestro incapacidad total y permanente, ésta debe ser asimilable a la muerte:** con la expedición del Estatuto General de Protección al Consumidor (Ley 1480 del 2011) se definieron las cláusulas abusivas como "... aquellas que producen un desequilibrio injustificado en perjuicio del consumidor y las que, en las mismas condiciones, afecten el tiempo, modo o lugar en que el consumidor puede ejercer sus derechos. Para establecer la naturaleza y magnitud del desequilibrio, serán relevantes todas las condiciones particulares de la transacción particular que se analiza. Los productores y proveedores no podrán incluir cláusulas abusivas en los contratos celebrados con los consumidores. En caso de ser incluidas serán ineficaces de pleno derecho.

VI. TRASLADO NO APELANTE

La demandada AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. recorrió el traslado formulado por este despacho en cuanto a la sustentación del recurso de apelación realizado por la parte demandante, así:

El demandante debía declarar los hechos y circunstancias que lo aquejaban, situación que no se presentó en este caso, dado que éste omitió que tiene la obligación de manifestar las dolencias que presentaba antes de la celebración del contrato. Además, el actor no cumple con los requisitos establecidos en la cobertura del seguro para el reconocimiento del amparo de incapacidad total y permanente.

Como se puede constatar en las historias clínicas aportadas al proceso, el señor Cuello Arismendi tenía pleno conocimiento de los padecimientos que generaron su incapacidad desde antes de la celebración del contrato de seguros. La compañía aseguradora de haber conocido esa información no hubiere contratado o lo hubiese hecho con cargas más gravosas para el tomador en primas y exclusiones.

Finalmente, frente a las consideraciones sobre la prescripción de la acción para alegar reticencia, ésta resulta improcedente, por cuanto, la reclamación fue objetada. Por lo que, solicitan se confirme la sentencia.

Por otra parte, SCOTIABANK COLPATRIA S.A. se pronunció expresando que debe confirmarse la sentencia, ya que, el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguros, además, consideran que yerra el apoderado de la parte demandante en afirmar que el término de prescripción para excepcionar reticencia es de 2 años. Sumado al hecho que en este caso no se configuró el siniestro conforme a lo establecieron las condiciones generales y particulares que regulaban el contrato de seguros pues para que la póliza pudiese afectarse la incapacidad total y permanente del demandante



debía ser equiparada a la muerte. Es decir, el demandante debía quedar en un estado vegetativo para que el contrato de seguros pudiera afectarse.

Finalmente señalan que respecto de esta entidad financiera se configura la falta de legitimación en la causa por pasiva, al no tener ninguna incidencia en el contrato de seguros.

Para resolver el recurso presentado, el Juzgado Quinto Civil del Circuito, expone la siguiente:

VII. CONSIDERACIONES

Verificada la ausencia de irregularidades que puedan ocasionar la invalidación de lo actuado, así como la satisfacción de los presupuestos procesales para decidir el recurso de apelación en los términos y con las limitaciones que establece el artículo 328 del C.G.P y la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil del órgano cierre⁴, es del caso resolver el fondo del litigio.

En el caso analizado, el problema jurídico a resolver se contrae en determinar si se encontraba prescrito el término para alegar la nulidad relativa del contrato por reticencia por parte de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., así como, si le era exigible a ésta demandada demostrar que los ocultamientos los habrían retraído de suscribir el contrato de seguro o que lo habrían suscrito en condiciones más onerosas y si se encontraba demostrada la ocurrencia del siniestro de Incapacidad total y permanente y como consecuencia, debía la aseguradora AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. indemnizar al demandante con la suma asegurada.

La sentencia ha de confirmar el veredicto reprochado, por cuanto, se encuentra acreditado en el expediente que el señor AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. no fue sincero en sus declaraciones al momento de solicitar el seguro N° 1000382276 vigente desde el 18 de agosto de 2017, el término para alegar no se encontraba prescrito y que, además, que no se materializó el riesgo tal y como fue contratado. Veamos:

En la demanda se planteó que el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY adquirió con AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A una póliza de seguro de vida plan familia, identificada con el N° 1000382276 vigente desde el 18 de agosto de 2017, se mencionó además que suscribió diversos créditos con el banco SCOTIABANK COLPATRIA S.A., los cuales al momento de la expedición del dictamen N° 17855920-1682 de fecha 05 de septiembre de 2019 expedido por la Junta Regional de Invalidez del Magdalena fueron cancelados por AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A a dicha entidad financiera. Sin embargo, respecto a la póliza de vida plan familia, identificada con el N° 1000382276 existió una negativa por parte de la aseguradora, por cuanto, a criterio de ésta el demandante no fue sincero en sus declaraciones.

Para enervar la acción AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A propuso las excepciones de "(...) NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO NÚMERO 100382276 CON OCASIÓN DE RETICENCIA PROBADA DEL ASEGURADO, FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA, RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONTRACTUAL NO SE HA CONFIGURADO, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO PACTADAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CERTIFICADO INDIVIDUAL 1000382276 Y RECONOCIMIENTO DEL PRINCIPIO

⁴ "El apelante debe formular los cargos concretos, y cuestionar las razones de la decisión o de los segmentos específicos que deben enmendarse, porque aquello que no sea objeto del recurso, no puede ser materia de decisión, salvo las autorizaciones legales necesarias y forzosas (art. 357 del C. de P. C., y 328 del C. G. del P.)." (CSJ, sentencia del 1° de agosto de 2014, expediente SC10223-2014, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona).



IURA NOVIT CURIA (...)" y la vinculada SCOTIABANK COLPATRIA S.A. alegó "(...) FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA FRENTE A SCOTIABANK COLPATRIA S.A, INEXISTENCIA DE OBLIGACION INDEMNIZATORIA EN CABEZA DE SCOTIABANK COLPATRIA S.A. POR NO SER UNA COMPAÑIA DE SEGUROS AUTORIZADA PARA LA EXPLOTACION Y COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS DE SEGURO, INCUMPLIMIENTO DEL TOMADOR, INEXISTENCIA DE UN LITISCONSORCIO NECESARIO FRENTE A SCOTIABANK COLPATRIA S.A, BUENA FE Y CUALESQUIERA OTRAS EXCEPCIONES PERENTORIAS QUE SE DERIVEN DE LA LEY INCLUIDA LA DE PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES (...)"

El Juez de primera instancia declaró probadas las excepciones nulidad relativa el contrato de seguro número 100382276 con ocasión de reticencia probada del asegurado y la excepción de mérito denominada el riesgo de incapacidad total y permanente contractual no se ha configurado formuladas por AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, decisión que fue objeto de apelación por la demandada, cuyo estudio y resolución nos ocupa.

Dicha decisión está fundamentada en que el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY en su calidad de asegurado faltó a la verdad en las declaraciones de asegurabilidad que hizo ante la entidad demandada al declarar sobre su estado del riesgo porque consta que padecía patologías, las cuales no fueron informadas las cuales resultaron ser de tal entidad que generaron que le declararan una incapacidad total y permanente, además, el dictamen N° 17855920-1682 de fecha 05 de septiembre de 2019, en el cual se estableció una pérdida del 55.89% no cumple con los requisitos para que se configure lo denominado en el clausulado como incapacidad total y permanente.

La parte demandante mediante apoderado impugna la decisión y pide que se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar, se accedan a las pretensiones porque el término para alegar vía acción o excepción la nulidad relativa del contrato estaba prescrita, a su vez, no fue probado por parte de la aseguradora que los ocultamientos del señor ELKIN CUELLO ARISMENDY respecto a su estado de salud, los hubieran retraído de celebrar el contrato de seguro o lo hubiesen hecho en condiciones más onerosas.

El artículo 1036 de Código de Comercio dispone que *"El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva"*, a su vez, el artículo 1046 del Código de Comercio nos enseña que *"El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión"*. La Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC 19 dic. 2008, rad. 2000-0075-01 estipuló que el contrato de seguros es aquel *"por 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, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de "daños" o de "indemnización efectiva", o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro"*.

Los elementos esenciales de conformidad con el artículo 1045 del Código de Comercio son: a) el interés asegurable (art. 1083 y 1137); b) el riesgo asegurable (art. 1054); c) la prima o precio del seguro (art. 1066) y el pago del siniestro, como obligación condicional del asegurador (art. 1072) dentro de plazo legal (art. 1080), entonces, el asegurador debe reconocer con ocasión de la ocurrencia de un siniestro el pago de una suma por la que estuviese cubierto contractualmente el interés asegurado, así como para el asegurado y tomador,



realizar las acciones para la satisfacción del interés, además, debe presentar la reclamación como lo dispone el artículo 1074.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador del seguro se obliga a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, por lo que la reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias conocidos por el asegurador, que hubieren retrotraído la celebración del negocio jurídico o llevado a estipular condiciones más onerosas, conllevan a la nulidad relativa del contrato.

En Sentencia SC167-2013 nuestro órgano de cierre precisó que *“Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil⁵; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución⁶; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado⁷; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento⁸; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó⁹; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente¹⁰”.*

A su vez, conforme el artículo 871 del Código de Comercio, la “buena fe”, se fundó como principio rector de los actos mercantiles, rigiendo para *“todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural”*. Por su parte, el artículo 1058, consagra que, en virtud del principio de la buena fe, el tomador del seguro tiene la carga de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo.

⁵ SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 27 de febrero de 2012, Exp. 11001 3103 002 2003 14027 01

⁶ SC de 26 de abril de 2007, Exp. 11001-31-03-022-1997-04528-01

⁷ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473.

⁸ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473; SC de 1 de septiembre de 2010, Exp. 05001 3103 001 2003 00400 01.

⁹ SC de 19 de mayo de 1999, G.J. t. CCLVIII, pág. 185; SC de 9 de diciembre de 2004, Exp. 1994-14978-02

¹⁰ SC de 18 de octubre de 1995, Exp. 4640; SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 1 de abril de 2002, Exp. 6825; SC de 26 de abril de 2007, Exp. 1997-04528-01, SC2803 de 4 de marzo de 2016, Exp. 005001 31 03 003 2008 00034 01



Así, "en el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bona fidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su intermediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante." (Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC3791-2021), enseña esta Jurisprudencia que lo anterior, "no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «prescinda del examen médico» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el fondo, ante la alternativa de corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia."

La Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC3791-2021 sostuvo que "a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete.

La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional..."

Respecto de la nulidad enseña la Corte Suprema de Justicia en Sentencia S3791 de 2021 que "(...) Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son «relevantes»¹¹. Para la jurisprudencia constitucional, «siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo»".¹² (...)".

El análisis del caso en concreto parte del hecho incontrovertido de la existencia de una relación contractual entre ELKIN CUELLO ARISMENDY y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., pues, según el certificado de fecha 20 de mayo de 2020 expedido por AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.¹³, el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY tuvo una póliza de Plan Familia número 1000382276, cuyo estado y amparos son:

"(...)

VALOR ASEGURADO ACTUAL	\$113.940.724
VALOR PRIMA ACTUAL	\$1.401.470
PERIODICIDAD DE PAGO	Anual
INICIO DE VIGENCIA	31/08/2017
FECHA DE TERMINACIÓN Y/O RENOVACIÓN	-
ESTADO DE LA PÓLIZA	Vigente

AMPAROS ASEGURADO PRINCIPAL

AMPARO BÁSICO DE MUERTE	\$113.940.724
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$113.940.724

"(...)".

Dicho certificado coincide con las renovaciones de la póliza con N° 1000382276 realizadas por AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., como se muestra a continuación:

¹¹ OSSA G., J. Efrén. Teoría General del Seguro - El Contrato. Editorial Temis. Bogotá. 1991. pág. 333.

¹² Corte Constitucional. Sentencia C-232 de 15 de mayo de 1997.

¹³ Ver folio 24 del archivo de numeración 01 del expediente



Expedición	Vigencia Desde	Amparos	Clausulado
01/09/2017	31/08/2017 ¹⁴	Inc. Total y Pte, Amparo Básico de muerte	01/01/2017-V2285/2017
08/08/2018	31/08/2018 ¹⁵	Inc. Total y Pte, Amparo Básico de muerte	01/01/2017-V2285/2017
14/08/2019	31/08/2019 ¹⁶	Inc. Total y Pte, Amparo Básico de muerte	01/01/2017-V2285/2017
03/08/2020	31/08/2020 ¹⁷	Inc. Total y Pte, Amparo Básico de muerte	01/01/2017-V2285/2017

La forma en la que se adquirió esta póliza en palabras del demandante fue de la siguiente manera "(...) *Con producto más de lo que se me ofreció en las oficinas de Colpatria. Un producto más, sí, así como oficiaron el crédito de libre inversión, así como me ofrecieron desde 2014 el crédito hipotecario, como se me ofreció el libro de inversión que hice en el 2016, como se me ofreció la tarjeta de crédito, también me ofrecieron el seguro, que pensando en un amparo para mi familia lo tomé. (...)'*¹⁸, de conformidad con los documentos allegados al expediente, la solicitud de la póliza N° 1000382276 fue realizada el día 18 de agosto de 2017¹⁹.

La solicitud de la póliza N° 1000382276 que fue realizada el día 18 de agosto de 2017²⁰ se lee en la declaración de asegurabilidad, que el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY expresó en aquella oportunidad que "(...) 1. MI ESTADO DE ACTUAL DE SALUD ES NORMAL, NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES CONGÉNITAS O QUE INCIDAN SOBRE LOS SISTEMAS ORGÁNICOS DEL CUERPO HUMANO EN LA ACTUALIDAD NO SUFRO DE ENFERMEDADES, AFECCIONES O ADICCIONES QUE REPERCUTAN DIRECTAMENTE SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE FUMO MENOS DE DIEZ (10) CIGARRILLOS AL DÍA, NO TENGO PENDIENTES TRATAMIENTOS O INTERENCIONES QUIRURGICAS, NO PADEZCO DE LESIONES O SECUELAS DE ORIGEN TRAUMÁTICOS O PATOLÓGICOS QUE AFECTEN MI SALUD Y QUE ADEMÁS NO TENGO OBESIDAD, CERTIFICO TAMBIEN QUE NO HE SIDO EXTRAPRIMADO O RECHAZADO EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA AL TOMAR UN SEGURO DE VIDA. 2. TANTO MIS ACTIVIDADES COMO PROGESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIOS SON LÍCITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y ADICIONALMENTE NO PRACTICO DEPOERTES O ACTIVIDADES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD, NO OBSTANTE, LO ANTERIOR EN CASO QUE SE COMPROBARE QUE MI OFICIO, PROFESIÓN O ACTIVIDAD NO CORRESPONDEN A LA DECLARADA EN LA PRESENTE SOLICITUD, LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ABSTENDRÁN DE AFECTAR LA PÓLIA Y PAGAR EL VALOR ASEGURADO. 3. LOS DINEROS CON LOS QUE ADQUIRÍ MIS BIENES Y LOS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DEL SEGURO NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA CONEMPLADA EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO. 4. LAS DECALRACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN DESCRITAS, POR TANTO, LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS, TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. (...) 6. AUTORIZO EXPRESAMENTE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS PARA REPORTAR, PROCESAR, SOLICITAR, SUMINISTRAR O DIVULGAR A CUALQUIER ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS, TODO LO RELATIVO A MI INFORMACIÓN COMERCIAL EN EL MOMENTO EN QUE EL LA DISPONGA, TAMBIEN AUTORIZO

¹⁴ Ver folio 01 del archivo de numeración 19 del expediente

¹⁵ Ver folio 05 del archivo de numeración 19 del expediente

¹⁶ Ver folio 07 del archivo de numeración 19 del expediente

¹⁷ Ver folio 10 del archivo de numeración 19 del expediente

¹⁸ Ver archivo 41 del expediente minuto 1:02:25 en adelante

¹⁹ Ver folio 21 y 22 del archivo de numeración 30 del expediente

²⁰ Ver folio 21 y 22 del archivo de numeración 30 del expediente



DE MANERA EXPRESA A CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA (...) QUE ME HAYAN PRESTADO ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE SUMINISTREN EN CUALQUIER TIEMPO Y LUGAR LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS PREVIA SOLICITUS, COPIA COMPLETA DE MI HISTORIA CLÍNICA (...)”, ese documento no fue tachado de falso.

Las condiciones generales de la póliza plan familia identificado con el N° 01/01/2017-V2285/2017 tiene diferentes particularidades como lo son “(...) *INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: para todos los efectos de esta póliza se considera incapacidad total y permanente aquella que imposibilita al asegurado menor de setenta (70) años para realizar cualquier ocupación u oficio remunerativo, a consecuencia de lesión orgánica, alteración funcional o enfermedad sufrida o contraída durante la vigencia del presente contrato, y no provocada intencionalmente por el mismo asegurado; siempre que tal incapacidad sea de carácter total, permanente e irreversible, requiera de otra (s) persona (s) para deambular, vestirse, asearse o alimentarse y que haya existido de manera continua por un periodo no menor de ciento cincuenta (150) días, y sea reconocida como tal en la historia clínica del asegurado. Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente se considera como tal, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, amputación traumática o quirúrgica de ambas manos a nivel de la articulación radio-carpiana o ambos pies a nivel de la articulación tibio-tarsiana.*

(...) *DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE: La reticencia o la inexactitud en las declaraciones de asegurabilidad hechas a AXA COLPATRIA darán lugar a las sanciones previas en el artículo 1058 y 1158 del código de comercio.*”²¹

En este punto se trae a colación lo manifestado por la representante legal de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. respecto a la definición de la incapacidad total y permanente contratada por el demandante, la cual definió como “*asimilable a la muerte o una pérdida de extremidades de miembros superiores e inferiores que se asimilase a un Estado vegetativo*”²², para este despacho dicha afirmación es desacertada en la medida en que la incapacidad total y permanente debe limitarse a lo definido en las condiciones generales de la póliza plan familia identificado con el N° 01/01/2017-V2285/2017, las cuales en ninguna medida asemeja la incapacidad total y permanente a la muerte, así como tampoco a un estado vegetativo, tal como lo afirmó el representante legal de SCOTIABANK COLPATRIA S.A. “(...) *respetuosamente me refiero a lo que pues de alguna manera está documentado, es lo que es, lo que debe entenderse. No sé si la aseguradora, pues de alguna manera tiene otra interpretación, es lo que está en el documento* (...)”.²³

La JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA el día 05 de septiembre de 2019 emitió dictamen²⁴ en el que calificó la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional del señor ELKIN CUELLO ARISMENDY en 55.89% y la fecha de estructuración es del 03 de julio de 2019, en dicho documento se lee:

“(...) *Antecedente de calificación por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Cesar con dictamen N° 17855920-6918 de fecha 24-08-2017, Diagnóstico motivo de calificación: Luxación de articulación sacrococcígea, sacroilíaca, Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía. Origen: Enfermedad laboral y Trastorno no orgánico del sueño, no especificado (SAHOS definido por componente orgánico de vías respiratorias. Origen: Enfermedad común. La Junta Nacional de Calificación de Invalidez el 23-03-2018 decide*

²¹ Ver folios 27 al 29 del archivo de numeración 30 del expediente

²² Ver archivo 41 minuto 1:26:49

²³ Ver archivo 41 minuto 2:18:14 en adelante

²⁴ Ver folios 18 al 23 del archivo de numeración 01 del expediente



modificar el dictamen emitido por esta Junta. Dx. Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía. Origen: Enfermedad laboral y Luxación fractura sacrococcígea, Apnea del sueño. Origen: Común. (...)”²⁵.

Dentro de los fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional estuvieron los siguientes diagnósticos: Apnea del sueño, Epicondilitis lateral, Gastritis, Glaucoma, Hipertensión esencial, Hipoacusia neurosensorial, Síndrome del manguito rotatorio, Síndrome del túnel carpiano, Síndrome seco, Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía.

Dentro de la historia clínica del señor ELKIN CUELLO ARISMENDY se encuentran las siguientes atenciones médicas:

- 18/04/2014: Diagnóstico de enfermedad cardíaca hipertensiva - Hipertensión Esencial Primaria. Para esa fecha se entraba tomando medicamentos para el diagnóstico de hipertensión.²⁶
- 27/06/2017: Diagnóstico de Apnea del sueño, luxación de vértebra lumbar y trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía²⁷. Además, para fecha 23/03/2016 se encontraba diagnosticada con otros trastornos de discos cervicales.²⁸
- 26/04/2017: Diagnóstico de epicondilitis bilateral.

Al contrastar la historia clínica del demandante con los fundamentos para la calificación de pérdida de la capacidad laboral y ocupacional se encuentra que:

Fundamento Calificación	Antecedente
Hipertensión esencial	Para el 18/04/2014 el demandante se encontraba diagnosticado con esta enfermedad que arrojó un porcentaje de 14% en las deficiencias ²⁹ .
Trastorno de disco lumbar y otros	Para el 23/03/2016 y 27/06/2017 el demandante se encontraba diagnosticado con luxación de vértebra lumbar y trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía. Estas enfermedades arrojaron en el dictamen deficiencias en un porcentaje del 31.2%. ³⁰
Apnea del sueño	Para el 27/06/2017 el demandante se encontraba diagnosticado con apnea del sueño. Esta enfermedad tuvo una deficiencia en un porcentaje de 7% como se observa en el campo de “Deficiencia por SAHOS”.
Epicondilitis lateral	Para el 26/04/2017 el demandante se encontraba diagnosticado con esta enfermedad que arrojó en la calificación una deficiencia del 7,03% como se observa en el campo de “Deficiencia por alteración de miembro superior derecho”.

²⁵ Ver folio 19 del archivo de numeración 01 del expediente

²⁶ Ver folio 35 del archivo de numeración 19-A del expediente

²⁷ Ver folio 36 del archivo de numeración 19-A del expediente

²⁸ Ver folio 41 del archivo de numeración 19-A del expediente

²⁹ Ver folio 21 del archivo de numeración 01 del expediente

³⁰ Ver folio 21 del archivo de numeración 01 del expediente



Además, le figuran antecedentes de disectomia L4-L5³¹, entre otras enfermedades de conformidad con la historia clínica que reposa en a la contestación de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

El demandante en su declaración expresó que “(...) Tengo una cirugía en la columna, en la parte lumbar tengo problemas hernias en la parte cervical (...) Tengo apnea del sueño, problemas de presión, tengo problemas pulmonares, Tengo problemas con el colon, toda esa patología dio el puntaje de la Junta (...) La cirugía de la columna me la hicieron en 1988 (...) y las otras enfermedades que la presión que le apnea el sueño. Esto fue una caída que tuve en el trabajo también ya hace rato (...) a medida fui transcurriendo fue transcurriendo el tiempo, me fui deteriorando. La salud se fue deteriorando.”³²

El 03 de junio de 2020, el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY³³ a través de apoderado judicial radicó reclamación por el siniestro incapacidad total y permanente de la Póliza Plan Familia número 1000382276 directamente ante AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., quien mediante comunicado de fecha 16 de junio de 2020³⁴ respondió que:

“(...) Analizados los documentos aportados como soporte del evento avisado, entre otros, Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena e historia clínica de Coomeva EPS, se pueden observar los siguientes antecedentes médicos:

FECHA	ANTECEDENTE
11/05/2017	Diagnóstico: Hipertensión Esencial (primaria)
26/04/2017	Paciente masculino de 54 años de edad labora en el cerrejón con cargo de operador de maquinaria pesada, labora de hace 30 años y 11 meses, paciente refiere el paciente que desde mayo 2015 presenta dolor en región coccígea el cual le ordenan tac de columna lumbar y cóccix que reporta listesis grado 1 de I5/s1 y luxación posterior de los últimos segmentos coccígeos, cambios tomográficos que corresponde a enfermedad articular degenerativa con protrusión de los discos intervertebrales de I4-I5 I5-s1 que comprimen el saco tecal y las raíces nerviosas, el cual es valorado por neurocirujano el cual le diagnostica luxación del coxis y le indica restricciones laborales el cual se le explica al paciente que las restricciones laborales son dadas por el médico tratante o por médico laboral de la empresa y son legalizadas por el empleador el cual se le dio por escrito. PACIENTE ADEMAS PRESENTA APNEA DEL SUEÑO desde 2013 EL CUAL ESTA EN MANEJO CON EL ITNERNISTA, paciente fue calificado en primera oportunidad sus diagnósticos de trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía y luxa fractura sacro coccígea, apnea del sueño de origen común el cual apela el trabajador está pendiente la calificación por la jcri, PACIENTE QUE FUE CALORADO POR REUMATOLOGÍA PRO PRESENTAR DOLOR AGUDOS GENERALIZADOS, EXACERBADO CON LA MOVILIZACIÓN Y LA FLEXOEXTENSIÓN, POR LA CUAL ES VALORADO CON ESTUDIO QUE OBSERVA ESPONDILOARTROSIS DEGENERATIVA + DISCOPATIA CERVICAL Y DORSAL + DISCOPATIA LUMBAR CAMBIOS POST

³¹ Ver folio 54 del archivo de numeración 19ª del expediente
³² Ver archivo de numeración 41 – Minuto 59:32 en adelante
³³ Ver folio 39 del archivo de numeración 01 del expediente
³⁴ Ver folio 42 del archivo de numeración 01 del expediente



	<i>QUIRURGICO A NIVEL LUMBAR + ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA CON PROTRUSION DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES EL CUAL LE ORDENA ESTUSIOS HLAB27 EL CUAL NO APORTA RESULTADO PACIENTA QUE ES VALORADO POR ORTOPEdia QUE LE DIAGNOSTICA EPICONDILITUIS EXTERNA CODO DERECHO + TENDINITIS DE QUERVAIN BILATERAL. Diagnóstico: Luxación de Vértebra Lumbar, Trastornos de Disco Lumbar y Otros con Radiculopatía, Epicondilitis Lateral.</i>
18/04/2017	<i>Paciente de 55 años en control de hta en tto medico con micardis tab 80vo día, trae reporte de laboratorio (...) actualmente tomando cardiomax tab 20vo día (...)</i>
30/03/2017	<i>Antecedentes: HTA. Disectomia L4-L5</i>
27/07/2016	<i>Paciente masculino de 54 años de edad labora en el cerrejón con cargo de operador de maquinaria pesada, labora de hace 30 años y 11 meses, paciente refiere el paciente que desde mayo 2015 presenta dolor en región coccígea el cual le ordenan tac de columna lumbar y cóccix que reporta listeásis grado 1 de I5/s1 y luxación posterior de los últimos segmentos coccígeos, cambios tomográficos que corresponde a enfermedad articular degenerativa con protrusión de los discos intervertebrales de I4-I5 I5 -s1 que comprimen el saco tecal y las raíces nerviosas, el cual es valorado por neurocirujano el cual le diagnostica luxación del coxis (...) paciente además presenta apnea del sueño desde 2013 el cual está en manejo con el internista, paciente fue calificado en primera oportunidad sus diagnósticos de trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía y luxa fractura sacro-coccígea, apnea del sueño de origen común el cual apela el trabajador está pendiente la calificación por la JCRI</i>
21/01/2016	<i>Refiere el paciente que desde mayo 2015 presenta dolor en región coccígea el cual le orden tac de Columba lumbar (...) el cual es valorado por neurocirujano el cual le diagnostica luxación del coxis y le indica restricciones laborales (...) Paciente además presente apnea del sueño el cual está en manejo con el internista (...)</i>

De las fechas y tiempo de evolución de los antecedentes médicos que aparecen en la historia clínica, se evidencia que, al 18 de agosto de 2017, cuando diligenció y firmo la "Solicitud Producto Bancaseguros", ya que presentaba antecedentes médicos, que de haber sido conocidos por esta Aseguradora la habrían retraído de celebrar el contrato y otorgarlo en condiciones más onerosas. (...)" sic.

Como se puede extraer de las consideraciones planteadas en los párrafos anteriores el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY padecía de diversas enfermedades como lo son hipertensión esencial³⁵, trastorno de disco lumbar, cervical, apnea del sueño y epicondilitis lateral antes de la suscripción de la póliza N° 1000382276 el día 18 de agosto de 2017, estas enfermedades en suma representaron un porcentaje del 59.3% del 71.39% del valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar, es decir, que aproximadamente el 83% de los porcentajes de deficiencia de las patologías calificadas por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena corresponden a enfermedades padecidas antes de la suscripción de la póliza plan familia, entonces es claro como lo concluyó el Juez de Primer Grado que estas circunstancias resultan ser influyentes y relevantes sobre el riesgo³⁶, no se tratan de enfermedades que no influyeron en la pérdida de la capacidad laboral

³⁶ Corte Suprema de Justicia S3791 de 2021



que tuvo el demandante. Se debe recordar que no es cierto que una preexistencia tenga como consecuencia jurídica inmediata la reticencia, puesto que hay que analizar aspectos *como la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador*³⁷, es este aspecto el que se cumple en este caso, por como se dijo, la información omitida sí es muy relevante en la pérdida de la capacidad laboral.

En relación con ello, el artículo 1058 del Código de Comercio si bien exige que *"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"*, también establece que *"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"*, aplicando esa norma a este caso, para este despacho es claro que la aseguradora AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A se habría retraído de suscribir el contrato o en todo caso realizarlo en condiciones más onerosas, dijo la representante legal de esa aseguradora en su interrogatorio lo siguiente *"(...) su señoría, eso influye, como les comentaba anteriormente, en la posibilidad que tiene la aseguradora como oferente de retrotraer la oferta y no contratar con ese potencial cliente o en su defecto, de hacer más oneroso el contrato de seguro, es decir, sobre primar o de hacer un poco más costoso el pago de la prima (...) porque no es lo mismo tener un cliente sano a tener un cliente enfermo (...)"*³⁸.

Así, *"en el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bona fidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su intermediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante."* (Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC3791-2021), enseña esta Jurisprudencia que lo anterior, *"no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «prescinda del examen médico» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el fondo, ante la alternativa de corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia."*; entonces, aunque las aseguradoras prescindan del examen médico como ocurrió en este caso, el señor ELKIN CUELLO ARISMENDY debía ser sincero en su declaración del riesgo y no afirmar como lo hizo en la solicitud de la póliza N° 1000382276 el día 18 de agosto de 2017³⁹ que su estado de salud era normal y que no padecía, ni había padecido enfermedades que incidan sobre los sistemas orgánicos, teniendo en cuenta que para esa fecha tenía diagnósticos de diversas enfermedades de gran relevancia en el estado de salud de una persona como hipertensión arterial y discopatías múltiples.

En Sentencia SC167-2013 nuestro órgano de cierre precisó que *"(...) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado"*⁴⁰; *"(...) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo"*, para

³⁷ Sentencia SC167-2013 – Corte Suprema de Justicia

³⁸ Ver archivo de numeración 41 minuto 1:38:10 en adelante

³⁹ Ver folio 21 y 22 del archivo de numeración 30 del expediente

⁴⁰ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473.



este caso no existió un cuestionario como tal sino una declaración del estado de salud denominado como normal, esta declaración tiene importancia en la medida que permite valorar el riesgo y que una respuesta diversa a la realidad podría generar la abstención de celebrar el contrato o estipular condiciones onerosas, sin embargo, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio esa situación debe demostrarse por parte de la aseguradora para que el Juzgador pueda analizar el alcance de la omisión o la inexactitud, cuestión como que como se explico líneas atrás se encuentra totalmente acreditado, en la medida en que las patologías padecidas con anterioridad a la adquisición de la póliza son trascendentales en la salud del demandante.

Bajo este panorama, conviene recordar que, la Corte Suprema de Justicia en sentencia de 1º de septiembre de 2021 SC3791 de 2021, luego de realizar un barrido de la jurisprudencia ordinaria y constitucional sobre la interpretación del artículo 1058 del C. Co., en lo que respecta a la reticencia, indicó:

"(...) ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arrojadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida⁴¹. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. Este punto por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela. (...)" Negrilla fuera del texto.

(...) Sobre el particular, en reciente acción constitucional por unanimidad, en la radicación 11001-02-03-000-2020- 00827-00, la Sala realzó la doctrina de la sentencia T-282 de 2016, donde se explican algunos de los criterios expuestos antes:

«En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. [...]

*«22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la "reticencia", **deberá demostrar el nexo** de causalidad entre la*

⁴¹ COLOMBIA, CSJ. SC Sent. del 15 de marzo de 1944, del 12 de diciembre de 1955, del 23 de septiembre de 1974, del 11 de marzo de 2004; del 13 de julio de 2005; y del 30 de junio de 2011



*preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual **que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.***

(...)

*«23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, **además de probar este elemento objetivo:** a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, **tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador.** En consecuencia, la aseguradora tiene **una doble carga:** i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición» (Negrilla fuera del texto).*

Tesis anterior, reiterada en sentencia T-027 de 2019 por la Corte Constitucional, en la que enfatizó que la aseguradora debía acreditar: **i)** El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro, y **ii)** La mala fe al celebrar dicho negocio jurídico, en los siguientes términos:

"(...) [L]a carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que, si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

Todo esto, bajo el contexto que el estudio o juicio recae precisamente en la afectación de la voluntad o vicio del consentimiento de la aseguradora en la celebración del contrato, es decir que, ante el ocultamiento con propósito y relevancia, aquella no pudo determinar correctamente su conducta negocial pero como se ha dicho, la aseguradora demostró que en realidad las condiciones habrían cambiado de haber sabido que el demandante padecía de enfermedades como hipertensión arterial y discopatías múltiples, además, como quedó demostrado, existe un nexo entre las enfermedades que padecía el demandante previo a la suscripción de la póliza y la calificación obtenida en su dictamen, entonces, para este despacho no resulta lógico afirmar que el demandante no tuvo la intención de ocultar la información de sus patologías, por cuanto, declaró que tenía un estado de salud normal cuando eso no era cierto, máxime cuando éste dijo que no firmaba sin leer, ya que presentaba patologías de gravedad, al menos para el desempeño de una actividad laboral, son tan graves esas enfermedades que el actor como lo afirmó en su interrogatorio requiere de ayuda para algunas actividades diarias como levantarse.

La anterior posición guarda respaldó en la sentencia SC de 11 de abril de 2022 que estableció *"le corresponde al intérprete del seguro, en particular al juzgador del contrato, evaluar cuidadosa y racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial a lo largo del iter contractual, con el propósito de establecer en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstancias determinantes del estado del riesgo. Y en segundo término, sólo en caso de que sea conducente, si no obstante existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador*



conoció o debió conocer –por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron de apoyatura, todo sin perjuicio del tópico de la carga de la prueba”.

Visto lo anterior, no es equívoca la decisión de primera instancia de declarar probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro número 100382276 con ocasión de reticencia probada del asegurado, dado que se encontró acreditada la relevancia de la omisión de la información en la declaración de asegurabilidad; así las cosas, no le asiste razón alguna al recurrente respecto a que AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA no acreditó que de haber conocido la información omitida se habría retraído de celebrar el contrato, ya que como se ha dejado plasmado a lo largo de esta providencia las patologías revisten tal gravedad que en su conjunto representan casi la totalidad de la capacidad laboral.

Por otro lado, frente al argumento del recurrente sobre que se configuró la prescripción para alegar la nulidad relativa del contrato de seguros N° 100382276, dado que impetraron la reclamación el día 03 de junio de 2020 y que al contestar la demandada AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA el día 21 de julio de 2022 había fenecido el término para alegar vía acción o excepción la nulidad relativa, pues bien, para este despacho este reparo tampoco tiene vocación de prosperidad porque el artículo 1081 del Código de Comercio dispone que:

“(...) La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (...)”.

Indica lo anterior que para la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro se presentan dos modalidades la ordinaria y la extraordinaria. La ordinaria se configura en un lapso de dos años y *empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción* y la extraordinaria es de cinco años y *correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho*. La sentencia SC5297 de 2018 de la Corte Suprema de Justicia al respecto nos enseña que:

*“(...) Puntualización adicional requiere la distinción entre una y otra especie de prescripción, por cuanto a términos del referido artículo 1081 del C. de Co., los cinco años que se exigen para la extraordinaria correrán “contra toda clase de personas”; mandato este último cuyo alcance definió la Corte al sostener que “La expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aún contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento...” del hecho que da base a la acción (sentencia citada de 7 de julio de 1977), esto es, en los casos de los ejemplos analizados, **que el término de la prescripción extraordinaria corre, según el evento, desde el día del siniestro, (cuando la acción ejercida es la de reconocimiento de la indemnización) o desde cuando se perfeccionó el contrato viciado por una reticencia o inexactitud (si se demanda la nulidad relativa del pacto), háyase o no tenido conocimiento real o presunto de***



su ocurrencia, y no se suspende en ningún caso, como sí sucede con la ordinaria (artículo 2530 del C.C.).

Luego de fenecido el quinquenio en referencia, la relación jurídica se tornará inescrutable, con todo lo que ello supone, como quiera que no podrá acudirse, con éxito, al expediente prescriptivo, así se compruebe fehacientemente que el asegurador, por vía de elocuente ejemplo, no conoció el hecho detonante del surgimiento de su derecho impugnatorio (la reticencia o la inexactitud), que autorizan la petición de nulidad relativa del contrato celebrado (art. 1058, del C. de Co.), sino luego de expirado dicho período (...) (CSJ SC de 3 may. 2000, rad. n.º 5360). (...)” Negrilla fuera del texto.

Entonces, al aplicar la normatividad y la jurisprudencia, es claro que el perfeccionamiento del contrato marcaba el hito para verificar cuándo se materializaba la prescripción extraordinaria, ya que en este tipo de casos no solo se debe contabilizar la ordinaria como lo pretendía el demandante sino también la extraordinaria y esto es así porque fue el mismo legislador que consagró dos tipos de prescripción y sí el contrato de seguros se suscribió el 18 de agosto de 2017 y el 21 de julio de 2022 fue alegada la nulidad relativa del contrato, es evidente que no había transcurrido el quinquenio dispuesto por el legislador. Una cosa es que por vía de acción haya fenecido el término para accionar por parte de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA la cual debe contabilizarse desde el día que tuvo conocimiento y otra diferente que se deba contabilizar el término para excepcionar desde esa misma oportunidad porque se contabiliza es desde la fecha de materialización de la inexactitud o reticencia, ya que, la norma y la jurisprudencia han establecido otras consideraciones, la Sentencia SC2803-2016 de la Corte Suprema de Justicia señaló:

*“(...) Concretándose al cómputo de la prescripción que corre frente al asegurador, ya sea para demandar o excepcionar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia o inexactitud, precisó la Sala que la ordinaria «operará a partir del momento en que el asegurador conoció o debió conocer el hecho generador de la rescisión del contrato, es decir la inexactitud o reticencia comentadas», **mientras que la extraordinaria es «desde la fecha de materialización de la inexactitud o reticencia que, en sede contractual, será estrictamente aquella en la cual se perfeccione el contrato viciado por la mediación de tales irregularidades»** (...)”.* Negrilla fuera del texto.

Finalmente, con respecto al alcance de la definición del riesgo contratado “Incapacidad Total y permanente”, no debe considerarse como asimilable a la muerte como lo afirmó la representante legal de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA, ya que los contratos son ley para las partes y el clausulado de la póliza número 1000382276 reza que *“(...) para todos los efectos de esta póliza se considera incapacidad total y permanente aquella que imposibilita al asegurado menor de 70 años para realizar cualquier ocupación u oficio remunerativo **a consecuencia de lesión orgánica, alteración funcional o enfermedad sufrida o contraídas durante la vigencia del presente contrato**, y no provocada intencionalmente por el mismo asegurado (...) siempre que tal incapacidad sea de carácter total, permanente e irreversible, requiera de otras personas para deambular, vestirse, asearse o alimentarse, y que haya existido de manera continua por un periodo no menor de 150 días y sea reconocida como tal en la historia clínica del asegurado. (...)”*, si bien, existe una disminución de la pérdida de la capacidad laboral en un porcentaje del 55.89%, lo cierto es que esa pérdida no es a consecuencia de enfermedades que sobrevinieron durante la vigencia del contrato, sino que desde 1988 se venían padeciendo algunas, otras desde el año 2016, es por ello que, también resulta acertada la declaración de la excepción *“el riesgo de incapacidad total y permanente contractual no se ha configurado”*.



En este caso en particular la aseguradora demostró que existe una relación inescindible entre las condiciones médicas preexistentes y el siniestro acaecido y que el demandante actuó de mala fe al firmar un documento que no correspondía a la realidad y que voluntariamente omitió la comunicación de los padecimientos como apnea del sueño, hipertensión, discopatía múltiple (lumbar y cervical), entre otros, tal como lo dispone la Jurisprudencia. Además, se demostró la relevancia de la omisión de la información, ya que la nulidad relativa se presentará cuando, de haberla conocido el asegurador, ello, lo *"hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas"*, además, no se configuró el riesgo de incapacidad total y permanente como lo dispone el clausulado contractual que regía a las partes.

Al no prosperar el recurso de apelación interpuesto, la recurrente será condenada en costas y se fijarán agencias en derecho en esta instancia en la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que incluirá el Juzgado de primera instancia en la liquidación de costas de conformidad al artículo 366 del C. G. del P.

En mérito de lo expuesto, El Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

VIII. RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la Sentencia proferida el 23 de marzo de 2023 por el Juzgado Primero Civil Municipal de Valledupar, en el presente asunto conforme lo expuesto en este proveído.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta instancia a la parte recurrente. Como agencias en derecho se fija la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que serán liquidadas de manera concentrada por el Juzgado de primera instancia en atención a lo previsto en el artículo 366 del Código General del proceso.

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

NOTIFIQUESE Y CUMPLESE

ROGGER JUNIOR CELSA RANGEL
JUEZ

YMAG

Firmado Por:
Roger Junior Celsa Rangel
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 005 Oral
Valledupar - Cesar

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: **20234392ad5d721f5ae59fe35b5a525d81dba5d78b10fd717e099c7f77f5dec8**

Documento generado en 12/04/2024 05:19:39 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://capacitacion.ramajudicial.gov.co:9443/FirmaElectronica>