

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE  
CUNDINAMARCA  
SALA CIVIL - FAMILIA**

MAGISTRADO PONENTE	: PABLO IGNACIO VILLATE MONROY
CLASE PROCESO	: NULIDAD RELATIVA
DEMANDANTE	: SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
DEMANDADO	: CÉSAR HUMBERTO VERA PÁEZ
RADICACIÓN	: 25899-31-03-001-2022-00193-01
APROBADO	: ACTA No. 21 DE 3 DE AGOSTO DE 2023
DECISIÓN	: CONFIRMA SENTENCIA

**Bogotá D. C., veintidós de agosto de dos mil veintitrés.**

Procede el Tribunal a decidir el recurso de apelación formulado por la parte demandante a través de su apoderado, en contra de la sentencia dictada por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Zipaquirá (Cund.), el día 17 de enero de 2023, que negó las pretensiones de la demanda.

**I. ANTECEDENTES:**

La compañía SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. a través de apoderado judicial, demandó por los trámites del proceso verbal al señor CÉSAR HUMBERTO VERA PÁEZ, solicitando se acceda a las siguientes pretensiones:

**Principales:**

---

NULIDAD RELATIVA SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. contra CÉSAR  
HUMBERTO VERA PÁEZ. Apelación de Sentencia.

- 1) Se declare que la señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibago, incurrió en reticencia e inexactitud al momento de celebrar los contratos de seguro contenidos en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001923, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002805, y en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001926, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002802, en los que figura como tomadora y asegurada Diana Beatriz Yenny Arias Ibago y como asegurador Seguros de Vida del Estado S.A., junto con sus anexos, prórrogas y modificaciones, al presentarse los supuestos del artículo 1058 del C. de Co.
- 2) Se declare que operó la nulidad relativa de los contratos de seguro contenidos en las referidas pólizas, a raíz de la evidente reticencia e inexactitud en la que incurrió la Sra. Arias Ibago, lo cual vició el consentimiento del asegurador, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, en consecuencia, dicho contrato se tendrá sin efecto alguno con carácter retroactivo.
- 3) Se declare que Seguros de Vida del Estado S.A. no está obligada a efectuar pago alguno ni tiene responsabilidad alguna con ocasión de los contratos de seguro contenidos en las mencionadas pólizas, y que, por tanto, el señor César Humberto Vera Páez, no tiene derecho a cobrar suma alguna por ellas a Seguros de Vida del Estado S.A.
- 4) Se declare que Seguros de Vida del Estado S.A. tiene derecho a retener a título de sanción, la totalidad de la prima pagada por la Sra. Diana Beatriz Yenny Arias Ibago por concepto de los contratos de seguro relacionados con anterioridad.

**Subsidiarias:**

- 1) Que se declare que se configuró el fenómeno jurídico de la caducidad o pérdida del derecho reclamado por el señor César Humberto Vera Páez a Seguros de Vida del Estado S.A., en los términos del artículo 1078 del Código de Comercio, por presentarse los supuestos previstos en dicha norma, respecto de los contratos de seguro contenidos en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001923, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002805, y en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001926, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002802, en las que figuraba como asegurada la Sra. Diana Beatriz Yenny Arias Ibago.

- 2) Que, ante la hipotética improsperidad de la pretensión subsidiaria anterior, se declare que no ha ocurrido ni se ha acreditado la ocurrencia de un siniestro amparado en los contratos de seguro contenidos en las pólizas referidas con anterioridad, celebrado entre la Sra. Diana Beatriz Yenny Arias Ibago y Seguros de Vida del Estado S.A., acorde con las condiciones que rigen dicho contrato y la realidad.
- 3) Que, en defecto de las pretensiones anteriores, se declare que hay lugar a la aplicación de la excepción de contrato no cumplido (artículo 1609 del Código Civil) toda vez que la Sra. Diana Beatriz Yenny Arias Ibago, incumplió sus obligaciones contractuales, respecto de los contratos de seguro contenidos en las pólizas enunciadas en las pretensiones anteriores.
- 4) Que, como consecuencia de la prosperidad de las pretensiones subsidiarias 1, 2, o 3, se declare que Seguros de Vida del Estado S.A. NO está obligada a pagar prestación o suma asegurada alguna a el señor César Humberto Vera Páez con cargo a los contratos de seguro contenidos en las referidas pólizas.
- 5) Que, de no prosperar, las pretensiones subsidiarias 1 a 4 antes señaladas, se declare que se ha producido la nulidad absoluta de los contratos de seguro contenidos en tales pólizas, como quiera que se encuentra viciado por causa ilícita en su celebración, atribuible a la señora Arias Ibago.
- 6) Que, como consecuencia, se declare que Seguros de Vida del Estado S.A. no está obligada a pagar prestación alguna a el señor César Humberto Vera Páez con cargo a los contratos de seguro contenidos en las mismas pólizas.

#### **HECHOS:**

La demanda se fundamenta en hechos que se sintetizan de la siguiente manera:

1. El día 11 de septiembre de 2020, la señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibago solicitó contratar con Seguros de Vida del Estado S.A., dos pólizas individuales de vida deudores, con el fin de amparar los créditos No. 90000078985 y 90000078991 que adquirió con Bancolombia, para

lo cual diligenció y suscribió los documentos denominados “Solicitud de Seguros de Vida Individual y Conocimiento del Cliente Persona Natural”, diligenciados y firmados por la señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibagó, el día 11 de septiembre de 2020, en señal de asentimiento y conformidad con la información contenida en las mismas, información fundamental para la aseguradora para decidir contratar o no el seguro.

2. En dicha solicitud, la señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibagó (Q.E.P.D.), en el aparte denominado “Declaración de Asegurabilidad”, contestó no haber padecido, padecer o ser tratada de enfermedades relacionadas con problemas de Corazón, Cáncer, Diabetes, Visión, Presión arterial, Riñones, Pulmones, Enfermedades neurológicas, Enfermedades Hepáticas, Infección por V.I.H. (SIDA). También contestó negativamente las preguntas hechas por parte de la aseguradora que indicaban “¿ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?, ¿ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica?, ¿ha padecido enfermedades, accidente o lesiones que hayan tenido que ser tratadas médicamente o que le impidan desempeñar labores propias de su ocupación?, ¿conoce si será hospitalizada o intervenida quirúrgicamente?, ¿usted o alguno de su grupo familiar fuma cigarrillo, tabaco o pipa?, ¿consume sustancias alucinógenas?, ¿es adicto a drogas estimulantes?, ¿consume medicamentos para la depresión?, ¿consume licor con frecuencia?, ¿ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas?”.
3. La señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibagó, manifestó en las solicitudes de seguros que garantizaba que las respuestas eran exactas, completas y veraces en la forma en que aprecian escritas, que aceptaba que las declaraciones hechas fueran parte integrante del contrato de seguro y la base de la póliza que se expidiera; que si existiere reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que conocidos por Seguros de Vida del Estado S.A, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, aceptaba la nulidad del contrato.
4. Con base en la información contenida en las solicitudes de seguro del 11 de septiembre de 2020, diligenciadas y suscritas por la señora Diana Beatriz Yenny Arias, Seguros de Vida del Estado S.A., aceptó celebrar los contratos de seguro contenidos en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001923, continuada por la Póliza Vida

Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002805, y en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001926, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002802, con la señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibago, los cuales ampararon los créditos No. 90000078985 y 90000078991 que adquirió con Bancolombia.

5. El día 7 de diciembre de 2021, la señora Diana Beatriz Yenny Arias falleció en Chía (Cund.), y el 7 de enero de 2022, el señor César Humberto Vera Páez presentó ante Seguros de Vida del Estado S.A., solicitud de pago de la indemnización estipulada en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001923, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002805, y en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001926, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002802.
6. Mediante documento de fecha 12 de enero de 2022, Bancolombia certificó que los créditos No. 90000078985 y 90000078991 que adquirió con Bancolombia se encuentran cancelados.
7. Las declaraciones efectuadas por la asegurada al momento de solicitar las pólizas no se ajustan a la realidad, en tanto la información suministrada no fue exacta, completa, ni veraz, pues conforme con la información conocida por Seguros de Vida del Estado S.A., con posterioridad a la reclamación efectuada por el señor Humberto Vera, la asegurada conoció que tenía diferentes antecedentes médicos relacionados en el hecho 15 de la demanda, previos a la suscripción de los contratos de seguro, los cuales no fueron informados a la compañía aseguradora al momento de solicitar los seguros.
8. Al tiempo de la presentación de la solicitud de seguros, la señora Diana Beatriz Arias padecía de serias patologías y afecciones de salud, de gran importancia para la aseguradora, como lo son la obesidad, el síndrome metabólico, el manejo con cirugía bariátrica con nueva ganancia de peso, los antecedentes de episodios de ansiedad y depresión, la lesión en rodilla bilateral con predominio izquierdo, la lesión en el cuello uterino, la disfunción tiroidea, la gastropatía por helicobacter pylori, la alteración neurológica en miembro superior, entre otros; circunstancias que no le fue reportada a Seguros de Vida del Estado S.A.

9. La señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibago, fue inexacta y reticente al momento de diligenciar los formularios de solicitud de seguro individual de fecha 11 de septiembre de 2020, en tanto ocultó y no informó a la aseguradora circunstancias relacionadas con su estado de salud de gran importancia, que determinaban su verdadero estado de riesgo, lo cual vició de manera esencial, en todo caso, el consentimiento de Seguros de Vida del Estado S.A. al momento de celebrar los contratos de seguro mencionados, pues de haberlo sabido la compañía no habría celebrado dichos contratos o lo habría hecho en condiciones más onerosas, lo cual conduce a la nulidad relativa de los contratos de seguro.
10. La señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibago, no cumplió sus obligaciones contractuales, en particular las derivadas de la buena fe en los contratos de seguro, por lo que, a su vez, Seguros de Vida del Estado S.A. válidamente se ha negado a cumplir su obligación a la luz del artículo 1609 del Código Civil.
11. En las condiciones generales de los contratos de seguro contenidos en las pólizas referidas, frente al amparo de muerte, se señaló, “exclusiones para el amparo básico, enfermedades diagnosticadas al asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado, que no hubiesen sido declaradas dentro de la solicitud de seguro – declaración de asegurabilidad, que versen sobre cualquiera de los sistemas del cuerpo humano”.
12. De tal manera que, no ha ocurrido ni se ha acreditado la ocurrencia del siniestro bajo ninguno de los amparos contemplados en los contratos de seguro por los cuales el Sr. Humberto Vera solicitó el pago de la indemnización, y en razón de las patologías diagnosticadas a señora Diana Beatriz Yenny Arias Ibago con anterioridad a la suscripción de las pólizas, no se configura un siniestro en los términos definidos en los contratos de seguro

#### **TRÁMITE PROCESAL:**

Subsanada la demanda, se admitió mediante auto de fecha 12 de julio de 2022 (archivo 09 expediente digital), que ordenó notificar y correr traslado de la demanda al demandado por el término de 20 días.

El señor CÉSAR HUMBERTO VERA PÁEZ a través de apoderado, contestó la demanda oponiéndose a todas las pretensiones y propuso excepciones de fondo que denominó “AUSENCIA DE RETICENCIA O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD”, “INACTIVIDAD DE LA ASEGURADORA PARA JUSTIFICAR EL NO PAGO”, “MUERTE POR CAUSA DIFERENTE A LO PREGUNTADO EN EL CUESTIONARIO”, “AMPARO BÁSICO CUBRE EL SUICIDIO, COMO EVENTO GRAVOSO”, “RATIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES CON LA EXPEDICIÓN DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA”, “NULIDAD RELATIVA COMO ACCIÓN CONTRACTUAL INTER PARTES”, “PRESCRIPCIÓN Y CADUCIDAD CONTRA LA ASEGURADORA” y “GENÉRICA”.

Igualmente, el demandado, formuló demanda en reconvención, no obstante, la misma fue rechazada (archivo 006 C-2).

Adelantado el trámite del proceso en audiencias de que tratan los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, en esta última se dictó sentencia motivo de apelación.

## **II. LA SENTENCIA APELADA:**

El señor Juez de la primera instancia, tras memorar el litigio, encontrar presentes los presupuestos procesales y determinar el contexto jurídico de la acción de nulidad relativa, consideró que, la excepción de “prescripción y caducidad” es infundada pues no se apreció que haya operado el término de la prescripción de la nulidad relativa, conforme con el artículo 1081 C. Co.; que las inexactitudes no revisten la trascendencia suficiente para afectar de manera grave y directa la póliza demandada, pues la tomadora falleció por un cáncer del tallo cerebral fulminante, el cual no se evidencia haya sido diagnosticado y tenido en

conocimiento de la tomadora al momento de informar el estado de riesgo; que las patologías que se describen no se advierten mortales o terminales como la obesidad o la vaginitis o el estado depresivo, comunes y propias de ciertas edades y que en todo caso no se advertirían como determinantes del estado del riesgo y menos que alguna de ellas haya ocasionado el siniestro amparado; que debe tratarse de una enfermedad realmente relevante que en efecto ponga en peligro la condición de vida; que la solicitud de póliza no pueden interpretarse de manera en que hasta la imprecisión más pequeña conlleve a la sanción de hacer nulo el acto; que nadie pudo predecir la enfermedad en el caso en concreto, pues la causa de la muerte no obedeció a ninguna de las patologías que se describen y que no se aprecian tampoco, mucho menos relevantes en un eventual deceso de la tomadora, cuyas pólizas incluso tenían cobertura para el suicidio en el que si se podía alegar la depresión como causa del mismo y que hubiese sido la causa determinante del deceso de la tomadora; que respecto a las pretensiones subsidiarias, no se evidenció el incumplimiento del contrato por parte de la tomadora, quien además de la información relevante que dio, cumplió con los pagos de la prima; tampoco se evidencia causa ilícita conforme al artículo 1524 C.C. Con base en lo anterior, declaró fundada la excepción de “inexistencia de reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad” y negó las pretensiones de la demanda, condenando a la demandante en costas del proceso.

### **III. EL RECURSO DE APELACIÓN:**

Inconforme con la decisión de primer grado, la aseguradora demandante a través de su gestor judicial, formuló recurso de apelación argumentando que, contrario a lo manifestado por el despacho de la primera instancia, la relevancia de las reticencias o las inexactitudes sobre hechos relativos al estado del riesgo no es un asunto que deba ser determinado desde un punto de vista puramente

objetivo por parte del juzgador ni es asunto ajeno al asegurador, sino que la relevancia se debe analizar explorando en los elementos concretos que llevan al asegurador a formar su consentimiento; que la decisión de instancia incorpora al artículo 1058 C.Co., un requisito que no está previsto en esa disposición y que la propia Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha rechazado sistemáticamente, exigir una supuesta relación de causalidad entre la reticencia e inexactitud y el siniestro, lo cual desconoce que se está ante un régimen de sanción de los vicios del consentimiento en la formación del contrato y no de un juicio sobre si el evento siniestral tiene determinada causa o no; que la declaración de la asegurada es reticente e inexacta al no manifestar nada respecto los importantes problemas de salud que padecía, por los que incluso, en señal de relevancia para el consentimiento del asegurador se le indagó expresamente en el cuestionario que fue puesto en su consideración al momento de presentar la solicitud de seguro; que el juez de instancia inaplicó normativa y precedentes jurisprudenciales aplicables al caso eximiendo así a la asegurada de su obligación legal de declarar de manera sincera todas las circunstancias determinantes del estado del riesgo; que omitió la valoración de piezas procesales o lo hizo de manera defectuosa, suponiendo una información sobre circunstancias que escapan de su conocimiento, sin tener en cuenta las complejas implicaciones que el síndrome metabólico, obesidad grado II con IMC superior a 35 con antecedentes de cirugía bariátrica, trastornos de ansiedad y depresión, tienen en la salud humana y en la evaluación técnica del riesgo.

Concedido y tramitado en legal forma el recurso interpuesto, procede la Sala a resolverlos previas las siguientes:

#### **IV. CONSIDERACIONES:**

**PRESUPUESTOS PROCESALES:**

Revisado el plenario se establece que los elementos necesarios en toda relación jurídico - procesal para su plena validez se encuentran presentes; pues por la naturaleza y cuantía del asunto, así como por la calidad de las partes, la competencia se encuentra asignada al señor Juez de primer grado; los extremos del debate han acreditado capacidad para ser parte y capacidad procesal y la demanda que dio origen al proceso reúne los requisitos de forma que para el caso la ley exige.

También se advierte que no existe en el plenario motivo de nulidad que pueda invalidar todo o parte de lo actuado, pues se observa que los diferentes actos procesales se cumplieron con arreglo a las normas que los gobiernan.

**LA ACCIÓN:**

Fluye del escrito inaugural de este litigio, que la demanda, que a través de la presente acción SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., pretende obtener la declaración de NULIDAD RELATIVA del contrato de seguro contenido en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001923, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002805, y en la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 64-80-1000001926, continuada por la Póliza Vida Individual Fácil Deudores No. 21-80-1000002802, pretensión que esencialmente fundamenta en que la tomadora DIANA BEATRIZ YENNY ARIAS IBAGO, incurrió en reticencia e inexactitud de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio, al faltar a la verdad sobre su verdadero estado de salud en “Declaración de Asegurabilidad” efectuada el 11 de septiembre de 2020.

En la sentencia motivo de apelación fueron negadas las aspiraciones de la demandante, tanto principales como subsidiarias, para lo cual consideró, en síntesis, que la reticencia que alegó la compañía demandante, no tuvo la entidad

suficiente para viciar el contrato de seguro, pues la tomadora falleció por un cáncer de tallo cerebral fulminante; que debe tratarse de una enfermedad relevante que en verdad ponga en peligro la vida; que la causa de muerte no obedece a ninguna de las patologías descritas en la demanda, las cuales no se aprecian relevantes en el deceso de la tomadora.

Discrepa la parte demandante de dicha sentencia, señalando como fundamentos de su reparo, la relevancia de la reticencia no es un asunto que deba ser determinado desde un punto de vista puramente objetivo, sino en los elementos concretos que llevan al asegurador a formar su consentimiento; que la sentencia incorpora al artículo 1058 C.Co., requisitos no previsto en la disposición y que la propia Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha rechazado sistemáticamente, exigir una relación de causalidad entre la reticencia y el siniestro; que el juez de instancia inaplicó normativa y precedentes jurisprudenciales aplicables al caso, eximiendo así a la asegurada de su obligación legal de declarar de manera sincera todas las circunstancias determinantes del estado del riesgo; que omitió la valoración de piezas procesales o lo hizo de manera defectuosa, suponiendo una información sobre circunstancias que escapan de su conocimiento, sin tener en cuenta las complejas implicaciones que el síndrome metabólico, obesidad grado II con IMC superior a 35 con antecedentes de cirugía bariátrica, trastornos de ansiedad y depresión, tienen en la salud humana y en la evaluación técnica del riesgo.

En síntesis, son cuatro los argumentos esgrimidos como motivo de inconformidad en la sustentación del recurso, referidos a la interpretación y aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio, por lo cual se resolverán de manera integral en esta providencia.

La reticencia como causal de nulidad relativa del contrato de seguro, fue instituida por el artículo 1058 del Código de Comercio, al precisar que:

“Art. 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, 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.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

La exigencia legal de declarar sinceramente las circunstancias necesarias para apreciar exactamente el riesgo que se va a cubrir, además de ser requisito del objeto, constituye la motivación para contratar. Por ello, el estatuto mercantil señala en los dos primeros incisos del artículo 1058 los severos efectos legales por la inobservancia a tal mandato, impuestos tales efectos, además, por la mala fe; inobservancia y mala fe que se configuran cuando se obra con reticencia o inexactitud, produciendo la nulidad relativa, que no la absoluta, del contrato de seguro o la modificación de sus condiciones.

La misma norma prevé dos circunstancias en las que la reticencia o la inexactitud no operan. La **primera**, cuando la aseguradora ha conocido o debido conocer antes de celebrarse el contrato, los hechos o circunstancias sobre los vicios de la declaración del tomador, caso en el cual no puede alegar la nulidad relativa del contrato o perseguir la disminución de su obligación, porque si pese al conocimiento de las condiciones reales del riesgo asume su amparo, no hay engaño imputable al otro contratante. Además, si por la naturaleza del riesgo, la aseguradora, de acuerdo con su experiencia e iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, pero no alcanza a conocerla por su culpa, deberá correr con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido. La **segunda**, consiste en que después de celebrado el contrato, la aseguradora tiene conocimiento de la reticencia o la inexactitud en la que incurrió el tomador y guarda silencio, pues se entiende que con su aquietamiento, lo acepta, por lo que tampoco puede alegar la nulidad del negocio jurídico, pues en el momento en que conoce las circunstancias que la llevaron al error, lo razonable es que adopte las medidas necesarias para no mantenerse en él, contrario a esperar la ocurrencia del siniestro para alegar la reticencia o la inexactitud.

En consecuencia, la omisión del asegurado en manifestar su estado real de salud en el momento de la celebración del contrato de seguro, es también atribuible a la aseguradora, por el deber de diligencia y previsión en el que se enmarca su actividad comercial, pues no fue verificada con anterioridad a la suscripción del contrato o dentro de su vigencia. De ahí que en ciertos eventos en los que asoma un ocultamiento o una distorsión, no gravita de forma inevitable la anulación que se viene comentando, dado que, como lo recordara la Corte Suprema de Justicia, *“...en punto tocante con vicisitudes advertidas -o advertibles- por la entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo*

*aseguraticio, por vía de ilustración, el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción ex lege asignada a las prenotadas reticencia o inexactitud: la nulidad relativa” (Cas. de 2 de agosto de 2001, M.P. Dr. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, Exp. 6146). Puesto que si el asegurador antes de la celebración del contrato de seguro, tuvo ocasión de ponderar y sopesar el conjunto informativo a su alcance, al concurrir su voluntad en el pacto había ya aceptado asumir el riesgo objeto del pacto.*

*Acorde con la misma sentencia de la Corte, “...si en su condición indiscutida de profesional -con todo lo que ello implica- asintió en forma libre, amén de reflexiva y, por contera, aceptó celebrar el negocio jurídico asegurativo, es porque entendió que no existía un obstáculo insalvable o ninguna dificultad mayúscula llamada a opacar su voluntad o, que de haberla, sólo en gracia de discusión, asumía conscientemente las consecuencias dimanantes de su decisión”.*

Entonces, si la aseguradora ignoró la información que con una conducta prudente, exigible a su labor profesional, hubiera obtenido, o renunció a efectuar valoraciones que sin ser onerosas, resultaban aconsejables para la ponderación del riesgo que se pretendió asegurar, removié con ello cualquiera incidencia con fuerza de afectar su consentimiento y por tanto, desaparece el fundamento de la reticencia como sanción bajo la modalidad que consagra el artículo 1058 mercantil, pues ningún engaño podría en dichas condiciones pregonarse, cuando el asegurador ha conocido la realidad, pues como también lo ha precisado la Corte, “...la falta de diligencia radicada en cabeza de un profesional en el riesgo, predicable de ciertos y determinados hechos que, por su connotación, podían haber servido para elucidar las circunstancias fidedignas que signaban al riesgo, en su estado primigenio” (Casación de 2 de agosto de 2001, M. P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, Exp. 6146).

En este orden de ideas, la aseguradora no puede aventajarse de la nulidad relativa del contrato de seguro, pues su omisión desvirtuó la configuración de tal vicio en los términos del artículo 1058, como quiera que debido a su actividad profesional, antes de celebrar el contrato debió conocer los hechos o circunstancias que habrían viciado la declaración de riesgo del asegurado, y, por tanto, la ignorancia alegada no se torna excusable ante la máxima diligencia que se exige de su actividad comercial, cuando la conducta observada es pasiva, punto sobre el cual reiteró la Corte Suprema de Justicia en sentencia de 14 de julio de 2006, expediente No. 01177-00, M.P. Silvio Fernando Trejos Bueno:

“6. En torno a este puntual aspecto, es aconsejable memorar que la Sala, en pretérita ocasión, indicó que la expresión ‘ha debido conocer’, que es término utilizado por el art. 1058, hace referencia a que el actuar de la aseguradora al momento de determinar el estado del riesgo, debe ser diligente, o sea que no es de su arbitrio exigir del tomador una cualquiera prueba o declaración, descartando o guardando silencio sobre aspectos relevantes, y mucho menos dejando a su sola voluntad las manifestaciones o pruebas para la determinación del verdadero estado del riesgo, sino que, se repite, debe asumir un comportamiento condigno con su actividad, dado su profesionalismo en tal clase de contratación. En vía de principio general lo que la norma reclama es lealtad y buena fe, pues este es un postulado de doble vía en esta materia que se expresa en una información recíproca...” (Sentencia del 19 de mayo de 1999, exp. 4923) (Sublíneas fuera del texto).

Luego, la declaración del tomador sobre su estado de salud no era obstáculo para que la aseguradora indagara la realidad de las afirmaciones del futuro asegurado, en especial ante la presencia de circunstancias relevantes que conducirían a la variación de las condiciones del contrato, punto sobre el cual tiene decantado la jurisprudencia:

“Otro tanto hizo en anterior oportunidad esta Corporación, al reseñar que, ‘...si por la naturaleza del riesgo solicitado para que sea asegurado y por la información conocida y dada por el tomador, la compañía aseguradora, de acuerdo con su experiencia e iniciativa

diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, más sin embargo no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido' (Sentencia del 18 de octubre de 1.995) (Idem).” (Citada en la sentencia de 2 de agosto de 2001, M. P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, Exp. 6146).

De ahí que, verificado el estado del riesgo por parte de la aseguradora, deba ésta establecer la trascendencia o importancia de la reticencia o inexactitud en la que haya podido incurrir el tomador y con base en dicha ponderación se sustraiga de celebrar el contrato o establezca nuevas reglas en la contratación. No basta simplemente alegar la reticencia o inexactitud sino que debe también probar que la aseguradora fue diligente en su actividad empresarial, para establecer el estado del riesgo, pues de no hacerlo, puede válidamente considerarse que la inexactitud o reticencia fue intrascendente y por ello celebró el contrato de seguro.

Entonces, para la configuración de la reticencia como causal de nulidad relativa del contrato de seguro, indispensable resulta que la aseguradora pruebe la relevancia o trascendencia de la omisión en la que pudo haber incurrido el tomador y que la compañía asumió un comportamiento diligente en su actividad para establecer el verdadero estado del riesgo, frente a la declaración del mismo, que se pretendía asegurar.

Los antecedentes jurisprudenciales sobre el tema, de atañe vienen siendo sostenidos por la Corporación Judicial y reiterados en reciente pronunciamiento en sentencia de casación SC167-2023 del 11 de julio de 2023, M.P Martha Patricia Guzmán Álvarez, en la que se precisaron las subreglas para la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguro:

“4.- 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 mercantil; (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 ejecución; (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 – asegurado; (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 aseguramiento; (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 encomendó; (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 expresamente.**

4.1.- **La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del**

**riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.**

4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.

4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar”.

Así las cosas, la reticencia o inexactitud que alegue la aseguradora, no puede tener el alcance de enervar las obligaciones contractuales pactadas en el contrato de seguro, si la aseguradora no prueba, de una parte, la relevancia de la omisión en la declaración frente al riesgo asegurado, y de la otra, que fue diligente en su actividad empresarial, para advertir el estado de salud de la asegurada y que no se atuvo simplemente a las declaraciones vertidas por aquella y a cobrar el valor de la prima de seguro.

Además, el asegurado se encuentra amparado por el principio de la buena fe que le otorga el artículo 83 de la Constitución Política, así como de los postulados normativos que le otorgan el mismo principio en materia contractual, razón por la cual, corresponde a la aseguradora probar que ciertamente la demandada incurrió en mala fe al faltar presuntamente a la verdad en la declaración de asegurabilidad.

Revisado al elenco probatorio que conforma el asunto que se resuelve, fácil es advertir que la aseguradora demandante - apelante no cumplió la carga de

demostrar la relevancia de las patologías omitidas por la señora DIANA BEATRIZ YENNY ARIAS IBAGO, frente al riesgo asegurado, vale decir, la vida de la asegurada, por medio de pruebas que podían ser entre otras la pericial o testimonial, de galenos especializados en las patologías presuntamente omitidas, que determinaran si las dolencias que padecía dicha señora en verdad constituían grave riesgo para su salud.

Si bien es cierto, desde el escrito inaugural como en la formulación y sustentación del recurso de apelación, señala la aseguradora demandante que las patologías omitidas fueron: síndrome metabólico, obesidad grado II con IMC superior a 35 con antecedentes de cirugía bariátrica, trastornos de ansiedad y depresión, no existe prueba que acredite el verdadero influjo de ellas en la vida de la declarante al tiempo en que se efectuó la declaración de asegurabilidad, sin que sea el juez de primera instancia o este Cuerpo Colegiado los llamados a inferir razonablemente que la vida de la tomadora DIANA BEATRIZ YENNY ARIAS IBAGO, se encontraba gravemente amenazada con dichas patologías, dado que afirmación en tal sentido requiere concepto especializado, siendo un medio idóneo la prueba pericial, que a voces del artículo 226 del Código General del Proceso, ***“... es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos.”***

Para la Sala es claro, que la relevancia o trascendencia del estado de salud de la asegurada al tiempo de la declaración de asegurabilidad no fue probada como tampoco se demostró que la señora ARIAS IBAGO falleció como resultado de las patologías supuestamente omitidas. De la lectura de la historia clínica aportada con la demandada, no es posible establecer que, para la fecha de la declaración de asegurabilidad, esto es, el 11 de septiembre de 2020, la salud de la asegurada se encontraba gravemente afectada, pues dicho documento no demuestra que para esa época la tomadora haya sido atendida por COLSANITAS S.A. y se haya

establecido enfermedad grave en su salud. La última atención, anterior a la referida declaración, acaeció el 26 de julio de 2019 (páginas 101 a 122 archivo 2 expediente digital), de cuya información no es posible extractar afectación en la salud de la paciente en las patologías que refiere la compañía demandante, pues en las conclusiones que allí plasmaron una vez efectuada la revisión médica no se hizo alusión a ellas, en tanto que, se reitera, tampoco se demostró que, para la época de la declaración de asegurabilidad, la tomadora sufría tales dolencias y que éstas en verdad eran relevantes.

En punto al tema, recordemos que la historia clínica aportada con la demanda, refleja la existencia de diagnósticos y procedimientos médicos practicados a la mencionada paciente, empero de ella no puede concluirse sin atisbo de duda, la existencia de enfermedad grave o relevante para la época en que se contrató el seguro, pues no se requieren profundadas consideraciones para señalar sin lugar a equívocos, que escapa al ámbito del conocimiento y experiencia profesional de los jueces, valorar y emitir concepto con fuerza de verdad del contenido de las históricas clínicas sobre el real estado de salud de un enfermo y la amenaza real sobre su vida.

La historia clínica por sí misma, no constituye prueba del real estado de salud, pues como lo tiene decantado la jurisprudencia constitucional, *“La historia clínica es un documento privado que comprende una relación ordenada y detallada de todos los datos acerca de los aspectos físicos y psíquicos del paciente. El artículo 34 de la Ley 23 de 1981 define dicho documento como ‘el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente...’* (Sentencia T-408 de 26 de junio de 2014, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio).

Pueda que esa relación ordenada y detallada de todos los datos acerca de los aspectos físicos y psíquicos del paciente, analizada por expertos, permita

inferir que hubo omisión en la declaración de asegurabilidad o que la tomadora faltó a la verdad, pues solo el conocimiento médico calificado es el llamado a determinar con grado de certeza que las eventuales patologías que pregona la demandante en la sustentación del recurso, en verdad eran existentes y sobre todo, relevantes frente al estado de salud de la asegurada y del riesgo asegurado al tiempo de la declaración, nada de lo cual ocurrió.

A propósito del alcance probatorio de la historia clínica, tiene decantado la jurisprudencia que:

“Tal compilación informativa en la que se individualiza a la persona que requiere de atención médica y se relata de forma discriminada la forma como se le presta, lo que comprende una descripción del estado de salud de arribo, los hallazgos de su revisión por el personal encargado, los resultados de las pruebas y exámenes que se practiquen, los medicamentos ordenados y su dosificación, así como todo lo relacionado con las intervenciones y procedimientos a que se somete, es una herramienta útil para verificar la ocurrencia de los hechos en que se sustentan los reclamos del afectado con un procedimiento de esa naturaleza.

Su conformación debe ser cronológica, clara, ordenada y completa, pues, cualquier omisión, imprecisión, alteración o enmendadura, cuando es sometida al tamiz del juzgador, puede constituir indicio en contra del encargado de diligenciarla.

De todas maneras su mérito probatorio debe establecerse «de acuerdo con las reglas de la sana crítica», **debiendo ser apreciada en conjunto con las pruebas restantes, máxime cuando su contenido se refiere a conceptos que en muchos casos son ajenos al conocimiento del funcionario.**<sup>1</sup>

En el libelo introductorio del litigio, se pretendió como prueba recibir los testimonios de JAVIER RESTREPO FAJARDO y OLIVER ESGUERRA (página 19 archivo 2), ambos trabajadores de la aseguradora demandante a fin de probar,

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia SC15746-2014, de 14 de noviembre de 2014, exp. No. 11001-31-03-029-2008-00469-01, M.P. Dr. Fernando Giraldo Gutiérrez.

*“...las consecuencias técnicas que habría tenido al interior de Seguros de Vida del Estado S.A. de haberse conocido el verdadero estado del riesgo de acuerdo al real estado de salud de la asegurada...” y “...sobre la solicitud de certificado presentada por el asegurado, el análisis de la reclamación y relevancia de las circunstancias que la Sra. Arias Ibagó omitió informar a la compañía de cara a la suscripción del riesgo.”*

Pruebas que fueron negadas por el juzgado de primer nivel, cuya decisión que fue confirmada por este Tribunal, dado que ellas pretendían probar los efectos jurídicos de la presunta reticencia, pero no el verdadero estado de salud de la declarante al tiempo de su declaración, ni mucho menos, la relevancia o trascendencia de la inexactitud o reticencia, aspectos medulares que la demandante no probó durante el proceso, por cuyo efecto, la existencia de la reticencia y la infidelidad a la verdad sobre el estado de salud de la asegurada, simplemente quedaron en el ámbito de la retórica, pues ninguna prueba se adujo al respecto.

Misma orfandad probatoria que debe predicarse sobre la conducta diligente empleada por la compañía aseguradora, tendiente a verificar el verdadero estado de salud de la asegurada, pues no obra en el expediente, que previamente a la celebración del contrato de seguro, haya adelantado laborío en desarrollo de su actividad empresarial orientado a establecer el verdadero estado del riesgo que se pretendía asegurar, exigiendo o practicando exámenes médicos a la peticionaria, lo que significa que la demandante se conformó con la declaración efectuada por la solicitante del seguro, por lo que sin dilación procedió a perfeccionar el contrato y expedir la póliza respectiva.

Por tanto, ningún desacierto puede enrostrarse a la sentencia apelada tras haber considerado que no se probó la relevancia de las patologías alegadas por

la demandante; el escaso caudal probatorio recaudado no permite inferir razonablemente que la tomadora faltó a la verdad o que infringió el principio de la buena fe en su declaración. Ello, por cuanto ninguna prueba milita en el expediente que apunte demostrar el verdadero estado de salud de la declarante, ni mucho menos la existencia y gravedad o relevancia de las patologías que alega la aseguradora demandante.

En cuanto a la historia clínica traída con el libelo introductorio, dentro de las reglas de la sana crítica, la experiencia y el buen juicio, no es posible admitir con grado de certeza ni como verdad absoluta, que para la época de la declaración la salud de la tomadora se encontraba gravemente afectada con las enfermedades que se alegan en vía de apelación, lo que conlleva a concluir que la reticencia o al menos la inexactitud en la declaración no se probó.

Así las cosas, podría considerarse que sobraría analizar el nexo de causalidad que también echó de menos el juzgador de primer nivel, entre la presunta reticencia y el siniestro acaecido, vale decir, la muerte de la tomadora y asegurada DIANA BEATRIZ YENNY ARIAS IBAGO. Empero, siendo punto de apelación habrá de resolverse, para lo cual necesario es poner de presente nuevamente la desidia de la gestora de esta acción – apelante, en el cumplimiento de sus cargas probatorias, a tal punto que tampoco aportó prueba idónea del acaecimiento del siniestro amparado, vale decir, la muerte de la señora ARIAS IBAGO, dado que no allegó el correspondiente registro civil de defunción que acreditara tal deceso (art. 106 Decreto 1260 de 1970). Mucho menos probó que el fallecimiento de la mencionada señora, tuvo como causa una o unas de las presuntas patologías omitidas en su declaración de asegurabilidad.

Aunque la parte demandante en su escrito sustentatorio de la apelación acusa la sentencia apelada de suponer la prueba por haber afirmado que la señora

ARIAS IBAGO falleció de cáncer del tallo cerebral, basada en la afirmación que al respecto hizo el demandado CÉSAR HUMBERTO VERA PÁEZ en el interrogatorio de parte que absolvió dentro del proceso, y acusa al demandado de no haber aportado el registro civil de defunción; más que tratarse de un argumento jurídicamente válido, en verdad encarna un claro desconocimiento, una vez más, de las labores probatorias que eran de su cargo, como quiera que en aplicación del principio de la necesidad de la prueba que le impone el artículo 164 del Código General del Proceso, le correspondía a la actora probar la muerte de la asegurada, la causa de la muerte y la relación de causalidad entre el siniestro y la presunta reticencia o inexactitud en que incurrió la tomadora del seguro, nada de lo cual ocurrió, pues tales elementos, propios de la nulidad relativa por reticencia, no fueron demostrados por la demandante.

El nexo de causalidad entre la reticencia y el siniestro, hoy por hoy puede considerarse tema pacífico en nuestro ámbito jurídico, con ocasión de la jurisprudencia patria que en diversos pronunciamientos tiene por sentado que para que la reticencia, desde luego debidamente probada, tenga el alcance de generar la nulidad relativa del contrato de seguro, es necesario probar dicha relación de causalidad.

La Corte Constitucional en sentencia T-282 del 1º de junio de 2016, M.P. Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado, trajo a colación diversos pronunciamientos proferidos en sede de tutela en los que determinó la necesidad de probar tal requisito e insistió en que:

“21. 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 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.

El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

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.”

La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en época reciente, profirió en sede de casación la sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021, radicado No. 20001-31-03-003-2009-00143-012, M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona, sentó como precedente la necesidad de probar el nexo de causalidad entre la reticencia y la causa del siniestro:

“3.2.7. Para finalizar, la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que esta 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 *bonna fides*, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas 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 válida.

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”.

En la misma sentencia, se recordó el precedente establecido sobre este requisito por la Corte Constitucional en sentencia T-282 de 2016, ya memorada por el Tribunal en la presente decisión, y además, recordó que:

“Y esa forma de comprender la reticencia, vino a ser reiterada en la T-027 de 2019 por la Corte Constitucional, enfatizando 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; carga que en el presente caso no se atendió. En este antecedente, dijo la homóloga constitucional:

«“( ... ) [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.*

*«[E]l deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.*

*« [D]esplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud -en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales-; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado”.*

Puede decirse entonces que las Altas Cortes en torno a los elementos establecidos por el artículo 1058 del Código de Comercio, han forjado como criterio para que se configure la reticencia con fuerza anulatoria relativa del vínculo contractual de seguro de vida, la prueba del mencionado nexo de causalidad, criterios que constituyen precedente que, de no ser acatado, vulnera el derecho fundamental al debido proceso por incurrirse en vía de hecho, tal como lo advirtió de manera unánime la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC484-2023, del 25 de enero de 2023, radicado No. 41001-22-14-000-2022-0'0227-01, M.P. Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque, en la se determinó la

obligación de atender las reglas establecidas en la sentencia SC3791-2021 y en la jurisprudencia constitucional :

“Sin comprometer el criterio de la Sala sobre la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia en la declaración de asegurabilidad, se advierte que el veredicto de primera instancia se ratificará, habida cuenta que la protección conferida por el Tribunal se edifica en que las autoridades convocadas desconocieron el precedente de la Corte Constitucional y la sentencia SC3791-2021, emitida por esta Corporación sobre la materia, como en efecto aconteció.

El «*desconocimiento del precedente*» es una de las causales de procedencia de la acción de tutela frente a providencias judiciales. Así lo ha entendido esta Sala, al decir que:

*Uno de los defectos que configuran «vía de hecho» en una «providencia judicial» es el denominado «desconocimiento del precedente», el cual fue definido por la Corte Constitucional como «la sentencia o el conjunto de ellas, anteriores a un caso determinado que, por su pertinencia y semejanza en los problemas jurídicos resueltos, debe necesariamente considerarse por las autoridades judiciales al momento de emitir un fallo» (SU-354 de 2017).*

De modo que no queda al arbitrio del juzgador aplicar el «*precedente*» o no, sino que es su deber hacerlo cuando resuelva casos que planteen el mismo punto de derecho, y en caso de apartarse de él tendrá la carga de justificar por qué lo hace a través de «*argumentaciones explícitas y razonadas*». Ello, a fin de garantizar la «*derecho de toda persona a recibir el mismo tratamiento por parte de las autoridades judiciales que supone igualdad en la interpretación y en la aplicación de la ley*» (C-836/2001, C-539/2011, C-816/2011, SU-068/2011, C-461/2013)”.

Colorario de lo expuesto, es que el nexo de causalidad entre la reticencia o inexactitud y la causa del siniestro, se impone como elemento que debe ser probado para que proceda la nulidad relativa del contrato de seguro, establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio, elemento que tampoco probó la compañía demandante.

Por tanto, haciendo una revisión integral de los requisitos establecidos por el artículo 1058 del Código de Comercio y la jurisprudencia, así como de las pruebas recopiladas durante el curso del proceso, es conclusión obligada que la parte demandante no demostró los elementos estructurales necesarios para que se configure la causal de nulidad relativa establecida por el mencionado precepto.

Se concluye así mismo, que los cuatro argumentos en que la demandante sustenta su alzada, no encuentran sustento jurídico ni probatorio alguno, pues como se concluyó en las consideraciones de esta sentencia, la relevancia o trascendencia de la reticencia o inexactitud debe ser legalmente probada; como también debe ser probado el nexo de causalidad entre las circunstancias no declaradas y el siniestro; no se inaplicó la normativa y los precedentes jurisprudenciales por parte del juez de primera instancia, y por el contrario, de ellos se hizo eco en la presente decisión y ratifican la legalidad de la sentencia apelada, y, por último, no hubo omisión de valoración de las piezas procesales ni se hizo de forma defectuosa, pues los elementos que dan lugar a la declaración de la nulidad relativa establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio y la jurisprudencia, no fueron debidamente probados por la aseguradora demandante, tal como se precisó en esta sentencia.

En consecuencia, como los argumentos de la alzada ni tienen el alcance de revocar o modificar la decisión apelada, será confirmada imponiendo a la demandante condena al pago de costas procesales (art. 365 – 1 C.G.P.).

## **V. DECISIÓN:**

Congruente con lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cundinamarca, en Sala Civil - Familia de Decisión, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia apelada, esto es, la proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Zipaquirá, el 17 de enero de 2023.

**SEGUNDO:** Condenar a la parte demandante al pago de costas de segunda instancia. Líquidense por el juzgado de primera instancia, con base en la suma de \$2.000.000, como agencias en derecho.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

*Pablo I. Villate M.*  
PABLO IGNACIO VILLATE MONROY

Magistrado

  
JUAN MANUEL DUMEZ ARIAS  
Magistrado

  
JAIME LONDOÑO SALAZAR  
Magistrado