



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR CESAR
5 PISO, PALACIO DE JUSTICIA, CARRERA 14 CALLE 14 ESQUINA
TEL. 5600410
J03ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO No. 20001-40-03-005-2021-00078-01

Apelación de sentencia	
Proceso:	Nulidad relativa de contrato
Demandante.	Seguros de Vida Suramericana SURA
Demandado:	Robin Jurado Abril
Fecha:	14/12/2023

Encontrándose al despacho el proceso de la referencia, con el fin de dictar sentencia de segunda instancia que revoque o confirme la decisión proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Valledupar - Cesar, en calenda siete (7) de octubre del dos mil veintidós (2022).

Realizándose para ellos el siguiente estudio previo.

I. EL LITIGIO:

1. Hechos

En el escrito de la demanda la parte demandante manifiesta los siguientes hechos.

- 1.1. El día 2 de agosto de 2017, el señor ROBIN JURADO ABRIL identificado con la cedula de ciudadanía No. 77.022.074, suscribió póliza de seguros PLAN VIDA IDEAL con mi representada SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., bajo el numero BAN027085005.
- 1.2. La póliza número BAN027085005 figura como tomador y asegurado el señor ROBIN JURADO ABRIL identificado con la cedula de ciudadanía No. 77.022.074. 3. La póliza fue contratada con vigencia a partir del 2 de agosto de 2017 hasta el 02 de agosto de 2020.
- 1.3. La póliza No. BAN027085005 tiene los siguientes amparos y valores: AMPAROS VALOR ASEGURADO VIDA \$40.000.000 INVALIDEZ, DESMEMBRAMIENTO O INUTILIZACION ACCIDENTAL \$40.000.000 INVALIDEZ, DESMEMBRAMIENTO O INUTILIZACION POR ENFERMEDAD \$40.000.000 RENTA DIARIA

POR HOSPITALIZACION (DEDUCIBLE EL 1er DIA DE HOSPITALIZACION) \$70.000

- 1.4. Al momento de suscribir la referida póliza, al señor ROBIN JURADO ABRIL, se le puso de presente una declaración de asegurabilidad con el fin de declarar su estado de salud como asegurado, manifestando el señor JURADO ABRIL que gozaba de un buen estado de salud. Y lo anterior quedo ratificado con la firma del señor ROBIN JURADO ABRIL, manifestando que conoció y acepto las condiciones del seguro.
- 1.5. En ese sentido, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., aseguró bajo un estado del riesgo normal al señor ROBIN JURADO ABRIL, dado que en la declaración de asegurabilidad que se le puso de presente, esta había declarado que el mismo no tenía ningún antecedente médico que pudiese llevar a la compañía aseguradora a realizar verificaciones adicionales.
- 1.6. El día 15 de noviembre de 2019, el señor ROBIN JURADO ABRIL, presentó reclamación para que fuera afectada la póliza BAN027085005, bajo el amparo INVALIDEZ, DESMEMBRAMIENTO O INUTILIZACION POR ENFERMEDAD.
- 1.7. La compañía SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA da respuesta a la reclamación, mediante objeción de fecha 6 de diciembre de 2019, argumentado lo siguiente:

“Al revisar la Información Médica allegada como soporte de la solicitud, encontramos que usted tiene antecedentes de "Reemplazo de Válvula Aortica", la cual se presentó antes de diligenciar la póliza Plan Vida Ideal 27085005 situación que no fue informada en el momento de suscribir el seguro, de acuerdo a la Declaración de Asegurabilidad, en la cual la Compañía solicitó informar sobre su estado de salud y usted declaró que se encontraba que gozaba de buena salud, que no sufría de una serie de padecimientos dentro de los cuales se encontraba: "valvulopatías".”
- 1.8. En ese sentido, de acuerdo con la historia clínica del señor ROBIN JURADO ABRIL, se evidencia que este sufría de patologías que surgieron antes de la suscripción de la póliza de seguro, situación que no fue informada al momento de suscribir la póliza BAN027085005, lo cual claramente genera la consecuencia jurídica de la NULIDAD RELATIVA del contrato de seguros establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio. El cual señala lo siguiente:

“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.”

- 1.9. Revisando los antecedentes clínicos del señor ROBIN JURADO ABRIL, se identificó que el mismo posee una cardiopatía isquémica en POP de remplazo valvular aórtico biológico de fecha 27 de junio de 2017, es decir, antes de la suscripción de la póliza BAN027085005.
- 1.10. Además de lo anteriormente narrado, dentro de las condiciones generales de la póliza en mención en la cláusula 12, establece acerca de la reticencia y la inexactitud, lo siguiente:
“(…) El asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la declaración de asegurabilidad que le sea propuesta por SURA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por SURA, la hubieran 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 implique agravación objetiva del estado del riesgo. (...)” De conformidad con lo anteriormente narrado, el señor ROBIN JURADO ABRIL no cumplió con sus obligaciones de informar al asegurador de forma sincera su verdadero estado de salud, siendo que en la declaración de asegurabilidad manifestó no tener antecedentes médicos que modificaran o afectaran el estado del riesgo.
- 1.11. En ese sentido, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., solicita que se declare la NULIDAD RELATIVA del contrato de seguros suscrito por el señor ROBIN JURADO ABRIL por haber sido, dicho señor, reticente en la información suministrada sobre el estado de salud, ya que omitió informar sobre el antecedente médicos previos, que de haber sido conocidos por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., la hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas.
- 1.12. El día 2 de febrero de 2021 se realizó audiencia extrajudicial de conciliación en el Centro Nacional de Conciliación, donde se suscribió constancia de imposibilidad de acuerdo referencia BQ-006613.

1.13. Pretensiones

En el acápite de pretensiones la parte demandante solicita las siguientes declaraciones:

PRIMERO: Se declare la nulidad relativa del contrato de seguros recogido bajo póliza de seguros PLAN VIDA IDEAL número BAN027085005, por existir reticencia del asegurado en la declaración de asegurabilidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio.

SEGUNDO: Como consecuencia de la anterior pretensión, solicito se le de aplicación a la sanción establecida en el artículo 1059 del Código de Comercio, la cual estipula que, en caso de RETICENCIA, el asegurador está facultado para RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA, por lo que solicitamos se declare que la prima recibida por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., derivada de la

contratación de la póliza PLAN VIDA IDEAL número BAN027085005, debe ser retenida por mi representada.

TERCERO: Que se condene en costas a la parte demandada.

1.14. Oposición parte demandada

1.14.1. La contestación de la demanda la parte demandada alego las siguientes excepciones:

- Prescripción de la acción para alegar reticencia de conformidad con lo señalado en el artículo 1081 del código de comercio.
- Buena fe por parte del demandado y asegurado en el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005
- El señor Robin Jurado Abril no fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005
- Cualquier otra excepción que resulte probada dentro del presente proceso en virtud de la ley, conforme al artículo 282 del código general del proceso.

1.15. Pruebas

➤ Documentales

Parte demandante:

- Poder especial otorgado al suscrito.
- Certificación
- Copia de la póliza No. 027085005
- Aviso de Reclamación
- Copia de la cedula del señor Robin Jurado Abril
- Dictamen de la Junta Regional de Invalidez del Magdalena
- Historia clínica del señor Robin Jurado Abril
- Objeción y envió de la misma
- Reclamación del señor Robin Jurado Abril
- Copia de las Condiciones generales de la póliza.
- Constancia de imposibilidad de acuerdo de fecha 2 de febrero de 2021 del Centro Nacional de Conciliación referencia BQ-006613
- Certificado de existencia y representación legal de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Parte demandada:

- Las pruebas documentales que obran en el proceso principal.
- Poder Especial conferido por el señor Robin Jurado Abril.
- Copia del escrito de fecha 11 de octubre de 2018, por medio del cual mi poderdante entregó en Bancolombia un escrito de fecha 10 de octubre de 2018, en el cual el señor Robin Jurado, informa que se encuentra en trámite ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá para ser evaluado y calificado por las afecciones de salud que lo aquejaban, así mismo relaciona todos los créditos que fueron desembolsados por este banco y por último relaciona la póliza PLAN VIDA IDEAL número BAN027085005.

- Copia de la reclamación inicial presentada el 13 de noviembre de 2019, en la que el demandado solicita la afectación de todas las pólizas que tomo por intermedio del Banco BANCOLOMBIA.
- Copia de la solicitud de Seguro de fecha 28 de noviembre de 2017, de la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. que ampara las tarjetas de créditos aprobadas por BANCOLOMBIA.
- Copia de los recibos de egreso No 5322926 y 5322924 fueron reconocidos los pagos a favor del Banco BANCOLOMBIA por las sumas de \$2.647.365 y \$2.152.635.

➤ Interrogatorio de parte.

Parte demandante. Al demandado

Parte demandada. A la representante legal de la parte demandante

2. Trámite procesal

2.1. Primera instancia.

2.1.1 Sentencia apelada.

En sentencia anticipada del 7 de octubre 2022, el juzgado quinto Civil Municipal de Valledupar - Cesar, resolvió declara probada la excepción de prescripción de la acción para alegar reticencia.

PRIMERO: DECLARAR PROBADA la excepción de mérito propuesta de PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN PARA ALEGAR RETICENCIA, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, según lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: No acceder a las pretensiones de la demanda, de conformidad a los razonamientos dados.

TERCERO: CONDENAR en costas a la parte demandante. Se fija la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL pesos (\$2.500.000), como agencias en derecho, equivalente aproximadamente al 4% de las pretensiones de la demanda.

CUARTO: Contra esta decisión procede el recurso de apelación

El apoderado judicial del demandado se encuentra conforme con la decisión adoptada, no así el apoderado de la parte demandante, que presenta recurso de apelación, procediendo a presentar sucintamente los reparos, y a manifestar que los ampliará dentro de los tres (3) días siguientes. El representante del demandado manifiesta que alegará como no recurrente en la segunda instancia, al tiempo que solicita que no se le otorgue el término al demandante para ampliar los reparos, a lo cual no accede el despacho.

Reparos concretos. Esta comunicación o información no tuvo conocimiento la aseguradora, pues fue incoada ante Bancolombia, y que los asesores de Bancolombia tramiten de la póliza, no son estos los que deben conocer sobre la consumación del riesgo.

Hizo alusión al artículo 1081 del código de comercio. Bancolombia es el tomador, el asegurador es la aseguradora. El hecho que da base a la acción es el dictamen de pérdida de capacidad laboral que fue posterior a la comunicación.

2.2.1. Recurso de apelación.

Dentro del término legal el apoderado de Seguros de Vida Suramericana SURA presento recurso de apelación contra le sentencia de calenda 7 de octubre de 2022.

2.3. Tramite de Segunda Instancia.

2.3.1. Apelante. En lo pertinente, expresó:

“...Dicha interpretación del despacho es totalmente errada y va en contravía de las disposiciones regulatorias del contrato de seguro, toda vez que el despacho de primera instancia está omitiendo el hecho de que la comunicación de fecha 11 de octubre de 2018 en la cual fundamenta su decisión contiene 2 elementos importantes que impiden tener esta misiva como punto de referencia en que la aseguradora tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción y son las siguientes:

- 1. Bancolombia no tiene la calidad de “interesado” al que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, dado que esta solamente es la entidad que asesoró al señor ROBIN JURADO en la suscripción de la póliza, teniendo en cuenta que se trata de un bancaseguro en el cual el tomador y beneficiario oneroso de la póliza es la entidad bancaria con la cual se adquirió la obligación financiera, en consecuencia, el hecho que se remita cualquier comunicación relacionada con el estado de salud del asegurado a esta entidad, no implica ningún efecto contractual respecto del contrato de seguro, específicamente, en cuanto al asunto de la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia. Dado que Bancolombia es una entidad totalmente distinta e independiente de la aseguradora.*
- 2. En gracia de discusión, la comunicación de fecha 11 de octubre de 2018 a la que hace referencia el despacho, no tiene la virtualidad de poner en conocimiento de la aseguradora el estado de salud del asegurado, dado que esta es una simple misiva en la que se informa al banco de un trámite adelantado por el asegurado respecto a la calificación de la pérdida de capacidad laboral, sin que se anexe a esta ningún tipo de historia clínica ni de soporte que permita determinar sus antecedentes médicos, luego entonces no es procedente indicar que con dicha misiva se comunican los antecedentes de salud del asegurado.*

De acuerdo con lo anterior, es menester resaltar que se cae de su propio peso el argumento del despacho y del apoderado de la parte demandante para indicar que mi representada tuvo conocimiento de los antecedentes médicos no declarados por el asegurado desde el 11 de octubre de 2018, puesto como se acreditó de manera suficiente, se puede evidenciar que la reclamación formal con la cual se pretende afectar la póliza, fue conocida el día 15 de noviembre de 2019, siendo que con dicha reclamación se pretendió acreditar el siniestro

conforme con lo estipulado en el artículo 1077 del C.co. adjuntando la historia clínica del asegurado.

Así las cosas, a partir de dicha fecha fue que mi representada pudo conocer los antecedentes médicos del señor ROBIN JURADO, estableciendo de esa manera que había incurrido en reticencia en la declaración del riesgo, comenzando a partir de esta fecha 15 de noviembre de 2019 a contar el término de los 2 años establecido en la norma. El argumento esbozado y acogido por el a quo, carece de toda fundamentación teórica y doctrinal en cuanto al contrato de seguro y las reglas que lo rigen, toda vez que confunde al tomador y beneficiario de la póliza, con el asegurador, cuando son partes totalmente distintas en el contrato de seguro. Así las cosas, la decisión de primera instancia se encuentra contraria a lo demostrado dentro del proceso, en cuanto al asunto de la prescripción, la cual no se configuró por cuanto la acción fue ejercida dentro del término estipulado en la Ley. Por lo anterior, solicito a este despacho, que revoque íntegramente la sentencia de primera instancia, y declare no probada la excepción de prescripción alegada por la parte demandante, accediendo de esa manera a las pretensiones formuladas en la demanda...”

2.3.2. No apelante. En lo pertinente, expresó:

“...Es cierto que mi prohijado presentó reclamación para que fuera afectada la póliza BAN027085005, bajo el amparo INVALIDEZ, DESMEMBRAMIENTO O INUTILIZACION POR ENFERMEDAD el día 15 de noviembre de 2019, la cual fue objetada en escrito de fecha 6 de diciembre de 2019.

Mi mandante suscribió el contrato de seguro con la aseguradora demandante el 02 de agosto de 2017, este contrato fue tomado directamente en el Banco BANCOLOMBIA de la ciudad de Valledupar, quien a su vez es la entidad comercializadora de este tipo pólizas, a quien de la misma manera mi mandante autorizó para debitar de su cuenta el pago de la prima.

El día 11 de octubre de 2018, mi poderdante entregó en Bancolombia un escrito de fecha 10 de octubre de 2018, en el cual el señor Robin Jurado, informa que se encuentra en trámite ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá para ser evaluado y calificado por las afecciones de salud que lo aquejaban, así mismo relaciona todos los créditos que fueron desembolsados por este banco y por último relaciona la póliza PLAN VIDA IDEAL número BAN027085005.

Posteriormente el 28 de agosto de 2019 la Junta Regional de Calificación de invalidez del Magdalena emitió el dictamen No 77022074-1604 por medio del cual se le dictaminó un PCL de 51.27% de origen común ocurriendo de esta manera el siniestro de Incapacidad Total y Permanente (invalidez por enfermedad). Luego mi mandante el 13 de noviembre de 2019 diligenció en BANCOLOMBIA el formato de Reclamación BANCASEGUROS solicitando “el amparo del seguro plan vida ideal por dictamen de calificación de invalidez por enfermedad.”, la cual fue aportada por el demandante con la demanda, y esta reclamación se encuentra en los folios 53 y 54 de la demanda.

Por último y luego de los documentos entregados en BANCOLOMBIA, reclamación e información del trámite de calificación, la demandante da respuesta a la reclamación, mediante objeción de fecha 6 de diciembre de 2019. No es errada la interpretación que le da el a quo al artículo 1.081 del Código de Comercio, pues el termino de prescripción para la compañía demandante inició desde el momento que tuvo o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción, es decir la calificación de mi mandante, el término de 2 años para ejercer la acción judicial para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia feneció el día 11 de octubre de 2020.

Manifiesta el apelante además como sustento que: Lo anterior no tiene vocación a prosperar puesto que el documento en el que mi mandante informa tanto al banco como a la aseguradora del trámite que estaba realizando en aquella ocasión ante la junta de calificación de Invalidez, es claro y contundente que padece unas series de patologías o enfermedades que han modificado su estado de salud, pues una persona totalmente sana no acude a una Junta de Calificación de Invalidez para que le evalúen su pérdida de capacidad laboral.

Y es que el artículo 1.081 del código de comercio es claro, la persona, sea natural o jurídica, contra la cual inicia a correr el termino prescriptivo, no necesita tener conocimiento preciso y detallado de las patologías que padece el asegurado para que inicie a correr el termino de prescripción, pues este señala que el interesado haya tenido o “debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” que para el presente caso, el hecho que da base a la acción es la calificación que le realizaron al demandado.

Como quiera que la entidad aseguradora conoció o debió conocer el hecho generador de la presunta rescisión del contrato el día 11 de octubre de 2018 fecha en que mi prohijado avisó que se encontraba en trámite de ser calificado por las enfermedades que le aquejaban, el termino para presentar esta demanda feneció el 11 de octubre de 2020 en virtud de la prescripción ordinaria. Como quiera que la demanda fue presentada por la demandante el 22 de febrero de 2021, cuando ya se había consumado el término de prescripción ordinaria de dos años para poder lograr la invalidación de ese acuerdo de voluntades.

3. Consideraciones.

3.1. Competencia:

Es competente este Juzgado para resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia dictada en primera instancia por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Valledupar - Cesar, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 33-1 y 321 del CGP.

3.2. Presupuestos procesales:

En el examen correspondiente, haya la Colegiatura que en el asunto bajo estudio concurren los presupuestos procesales indispensables para la constitución de la relación jurídica procesales; igualmente se observa que no se encuentran irregularidades que puedan afectar la validez del proceso. Por lo tanto, se hace viable adentrarse en su examen de fondo.

3.3. Caso en concreto:

De la prueba documental aportada encontramos que la póliza PLAN VIDA IDEAL da cuenta de lo siguiente:

PÓLIZA NÚMERO 27085005							
TOMADOR Y ASEGURADO ROBIN JURADO ABRIL			CEDULA 77022074	FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1965	EDAD ACTUAL 54	SEXO M	%CRECIMIENTO IPC
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CR 16 # 33 139			CIUDAD VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO CESAR		TELÉFONO 5838147	
BENEFICIARIOS							
NOMBRES Y APELLIDOS DIANA CAROLINA UJUETA MARBELLO			PARENTESCO CONYUGE		PORCENTAJE 100%		
AMPAROS DE LA PÓLIZA							
AMPARO			SUMA ALCANZADA		VALOR PRIMA MENSUAL		
INVALIDEZ POR ACCIDENTE			\$43.630.944		\$4.447		
INVALIDEZ POR ENFERMEDAD			\$43.630.944		\$4.447		
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN			\$106.353		\$3.548		
VIDA			\$43.630.944		\$36.369		
FECHA EXPEDICIÓN PÓLIZA 02-AGO-2017	VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 02-AGO-2020 HASTA 02-AGO-2021		FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CONTINUIDAD	PRIMA MENSUAL \$48.811	IVA \$0	TOTAL A PAGAR \$48.811
DOCUMENTO DE:			VALOR A PAGAR EN LETRAS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS ONCE PESOS M/L				
INFORMACIÓN DEL PAGO (Actualmente el pago de este seguro se hace de la siguiente manera)							
TITULAR DE LA TARJETA ROBIN JURADO ABRIL			TIPO DE CUENTA AHORRO	NÚMERO DE LA TARJETA *****5040		FORMA DE PAGO DE LA PRIMA MENSUAL	

SEGUROS DE VIDA SUPRAMERICANA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tomador y asegurado ROBIN JURADO ABRIL
Beneficiario xxxxxxxxxxxx (reserva)

~~IMPRESION DIGITAL~~ and2828m08008/03/31 PM:24 AM




**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA
PLAN VIDA IDEAL**

NIT 890.903 938-8 NIT 890.903 790-5

Póliza No. 027085005	Código Oficina: 197
Código Vendedor 1: 7562	Código Vendedor 2:

DATOS GENERALES DEL TITULAR (TOMADOR)		
Nombre y Apellidos: ROBIN JURADO ABRIL	Tipo Doc: CC	Documento: 77022074
Dirección para envío de correspondencia: CR 16 33 139		Tipo Dirección: RESIDENCIA
Teléfono: 3166878254	Ciudad: VALLEDUPAR	Departamento: CESAR
Dirección E-Mail: ROBINJUR@HOTMAIL.COM		Tipo Dirección:
DATOS DEL ASEGURADO		
Nombre y Apellidos: ROBIN JURADO ABRIL	Tipo Doc: CC	Documento: 77022074
Ciudad y fecha de Nacimiento: VALLEDUPAR, 26/12/1965		Sexo: M
Ocupación: CONTADURIA	Dirección: CR 16 33 139	Tipo Dirección: RESIDENCIA
Teléfono: 3166878254	Ciudad: VALLEDUPAR	Departamento: CESAR
Dirección E-Mail: ROBINJUR@HOTMAIL.COM		Tipo Dirección: OFICINA
Relación del asegurado con el tomador: TITULAR		

Entonces, no estamos en presencia un seguro de vida de deudores, a través del cual un acreedor –quien funge como tomador– puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima, cubra el riesgo de muerte o incapacidad de su deudor –que toma la calidad de asegurado–, y en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito, pero nunca más, sino de un contrato de seguro de vida que cubre invalidez, hospitalización y vida.

El artículo 1081 del Código de Comercio, establece que en materia de seguros,

“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.”

Como se puede apreciar, la norma leída consagra dos tipos de prescripción para las acciones derivadas del contrato de seguros; la ordinaria (de dos años) y la extraordinaria (de cinco años). La primera de ellas comienza a contar desde que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da origen a la acción, esto es, el siniestro. Y, la extraordinaria corre desde el momento en que nace el respectivo derecho, es decir, desde el momento en que ocurre el siniestro.

La Corte Suprema de Justicia ha interpretado que las dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció.

Igualmente, ha señalado que la prescripción ordinaria tiene como principal propósito proteger los intereses de los asegurados que por su condición, como el caso de los incapaces o por razones ajenas a su voluntad, no hayan tenido o debido tener conocimiento de los hechos que dieron lugar al siniestro. La finalidad de la extraordinaria es diferente, pues ya no tiene en cuenta consideraciones subjetivas, ya que su principal objetivo es brindar seguridad jurídica a las partes del contrato cuando existen situaciones jurídicas en las que transcurrido un tiempo (5 años), aun no se han definido; es objetiva, ya no importa si la persona tiene o no tiene conocimiento de los hechos, o puede o no tenerlo. Independientemente de ello, el tiempo comienza a contarse desde que ocurre el siniestro.

De manera que, en criterio de la Corte, los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, por lo cual dicho término se suspende en relación con los incapaces (artículo 2541 C.C.), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquél hecho; mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho y siempre que, al menos teóricamente, no se haya consumado antes la prescripción ordinaria.

De vuelta a los reparos del abogado de la aseguradora, precisamente, uno de ellos tiene que ver con la prescripción de la acción impetrada, derivada del contrato de seguro, ya aludida. Para el apelante, es la reclamación formal con la cual se pretende afectar la póliza, que fue conocida el día 15 de noviembre de 2019, pues con dicha reclamación se pretendió acreditar el siniestro conforme con lo estipulado en el artículo 1077 del C.co., adjuntando la historia clínica del asegurado, por lo que es a partir de esta fecha 15 de noviembre de 2019, que debe contabilizarse el término de prescripción ordinaria.

De las pruebas que obran en el expediente, la parte demandada acepta que fue en fecha 13 de noviembre de 2019, en la cual diligenció en BANCOLOMBIA el formato de reclamación solicitando el amparo del seguro plan de vida con ocasión a dictamen de calificación de invalidez por enfermedad. Reclamación que fue objetada, mediante comunicación del 6 de diciembre de 2019, aduciendo la aseguradora que hubo reticencia de parte del asegurado.

También convocaron conciliación, celebrada el 2 de febrero de 2021, fue declarada fallida el día 2 de febrero de 2021, solicitada el 13 de enero de 2021.

Como ya se dijo, con apoyo el doctrina de la Corte Suprema de Justicia, los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, puede afirmarse sin hesitación alguna que la parte demandante conoció el siniestro o debió conocerlo en el momento en que la parte demandada presentó su reclamación a SURAMERICANA S.A., y no, el día 11 de octubre de 2018, fecha en la cual entrega en Bancolombia un escrito de fecha 10 de octubre de 2018, en el cual informa que se encuentra en trámite ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez para ser evaluado y calificado por las afecciones de salud que lo aquejaban, pues la entidad BANCOLOMBIA no puede ser tenida como interesado, al no hacer parte del negocio jurídico contrato de seguro, no funge ni como tomador ni como asegurador, mucho menos como asegurado, y siendo la parte demandante una persona capaz, debe entenderse que conoció del siniestro desde el momento mismo en el que demandado puso en su conocimiento su ocurrencia.

Así las cosas, se insiste, la prescripción aplicable a los demandantes es la ordinaria de dos años, empezados a contar a partir del 13 de noviembre de 2019, fecha en que debieron conocer el siniestro; de manera que, en principio, la demanda debió ser presentada a más tardar el 13 de noviembre de 2021, a menos de que se hubiese presentado una situación de interrupción o suspensión, como es obvio, antes de que se materializara la consumación del término extintivo, que para el caso encontramos dos:

- a. Suspensión por efectos de la presentación de conciliación: desde el 13 de enero de 2021 hasta el 2 de febrero, para un total de 21 días
- b. Suspensión de términos pandemia Covid 19: desde el 16 de marzo de 2020 hasta el 30 de junio de 2020, para un total 3 meses y 16 días

Para un total de suspensión de términos de cuatro meses y 17 días, por lo que la demanda fue presentada en término.

Teniendo en cuenta los anteriores argumentos, se revocará la sentencia apelada, de fecha 07 de octubre de 2022, y se tendrá por no probada la excepción de prescripción.

En consecuencia, dando aplicación a las disposiciones del artículo 282 del C.G.P., lo que corresponde es realizar el estudio de las otras excepciones alegadas que son:

- El señor Robin Jurado Abril no fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005.
- buena fe por parte del demandado y asegurado en el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005.

Como fundamento de estas excepciones se expuso entre otros argumentos lo siguiente:

- El señor Robin Jurado Abril no fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005

“Así, si mi prohijado al momento de suscribir la póliza, por desconocimiento no declaró la existencia de alguna causa de agravación en el estado del riesgo, la compañía de seguros sólo podrá reducir el monto de la prestación asegurada, una vez transcurridos dos años a partir de la expedición del seguro no habrá lugar a la reducción de la suma asegurada, que para el caso que nos ocupa los dos años fenecieron el 02 de agosto de 2019.

De conformidad con el artículo 1058 del código de comercio reseñado anteriormente, ninguna de las sanciones señaladas podrá ser aplicada cuando la aseguradora, antes de celebrar el contrato ha conocido o debido conocer los hechos que aluden a los vicios de la declaración o, en el evento de haberlos conocido, posteriormente los subsane mediante su aceptación expresa o tácita.

(...)

Y es que así debe ser, la demandante ha debido conocer todo el historial médico del demandado por lo que no debe hablarse de reticencia en este caso, además de que quien redacta la solicitud de inclusión del candidato a ser asegurado es la compañía aseguradora demandante, es ella quien incluye la autorización para que esta pueda examinar minuciosamente la historia clínica de quien va a trasladar los riesgos (asegurado), no existe excusa alguna por parte de la demandante a no revisar el historial médico del demandado.

Por otro parte esta excepción esta llamada a prosperar por cuanto mi mandante no solo tomó la póliza por la que hoy es demandado, posteriormente a la fecha en que tomo el seguro BAN0270850005, mi prohijado tomo otra póliza que amparaba unas tarjetas de créditos por una suma inferior y estas si fueron amparadas. La póliza es la numero 0830000112481 de fecha de solicitud 20 de septiembre de 2018 y cubría el saldo insoluto de las tarjetas de créditos aprobadas, presentó la reclamación y por medio de los recibos de egreso No 5322926 y 5322924 fueron reconocidos los pagos a favor del Banco BANCOLOMBIA por las sumas de \$2.647.365 y \$2.152.635, es insólito que para la póliza de seguro que le correspondía a la aseguradora pagarle a mi mandante la indemnización por la ocurrencia del siniestro de Invalidez pretenda aplicar la figura de la reticencia, pero, para las obligaciones adquiridas con la entidad bancaria que son de mínima cuantía NO, ¿será que la reticencia opera solo para las coberturas que sean de mayor cuantía? , es un interrogante que debe tener en cuenta el fallador y no favorecer a estas entidades aseguradoras que lo que hacen es lucrarse con los dineros de las primas de los asegurados y luego de la ocurrencia de un siniestro actúan de manera precipitada al momento de recibir la reclamación y objetan sin fundamento legal para no realizar el pago.

Así mismo le fue objetado a mi mandante por parte de esta misma compañía la reclamación que hiciere sobre otra póliza que ampara un crédito de vehículo, el cual es de mayor cuantía. Ahora si el asegurado poseía tantos productos con esta aseguradora ¿Por qué no tuvieron la precaución de revisar su historial medico si en todas las declaraciones de asegurabilidad se encuentra la misma autorización para revisar su historia clínica? Es clara que la intención y el actuar de la aseguradora es de MALA FE, recaudar una prima sin importar la condición de la persona que se esta asegurando para luego de recibir la reclamación objetar por cualquier causa, es una acción que ha sido repetitiva, no solo en este caso sino en muchos de los cuales tanto la Corte Suprema de Justicia como la Corte Constitucional han sentado su posición.”

- buena fe por parte del demandado y asegurado en el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005

“Mi mandante NUNCA HA ACTUADO DE MALA FÉ, como quiera en el contrato de SEGURO PLAN VIDA IDEAL No BAN027085005, aportado como prueba, visible a folio 18 y 19 de la demanda, mi mandante otorgo la siguiente autorización:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias, para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos, para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellin, Bogotá y Cali) restp del país 01.8000518888 Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

y la aseguradora demandada a su conveniencia nunca reviso su historia clínica, es inverosímil creer que una persona de 52 años de edad, no haya ido a una consulta médica por alguna enfermedad, más aún en el país en el que nos encontramos que las condiciones de trabajo no son las mejores y que la alimentación corre igual suerte, entonces nos lleva a concluir que si la entidad aseguradora, que es la persona jurídica que asume los riesgos asegurados, que conoce como se descifra el laberinto aseguraticio, no le haya solicitado a mi poderdante la copia de su historia clínica previo al ingreso a la póliza, a mi modo de ver esto si es ACTUAR DE MALA FE.

Es decir que si la entidad demandada hubiese sido mínimamente diligente y antes de suscribir el contrato de seguro hubiese hecho uso de la autorización otorgada por mi poderdante, y le hubiera practicado un examen médico, o revisado su historia clínica, se habría dado cuenta cuales enfermedades había padecido mi poderdante a lo largo de su vida, y no recibir el pago de la prima desde el 02 de agosto de 2017 y esperar a que ocurriera algún siniestro para luego si evadir olímpicamente su responsabilidad, tal como lo ha dicho la corte, esto si es actuar de mala fe.

La aseguradora debió haberle practicado los exámenes médicos periódicamente para establecer el estado del riesgo asegurado y no esperar que transcurrieran más de dos (2) años recibiendo la prima y al momento de la ocurrencia del siniestro si inspeccionar la historia clínica de mi mandante para evadir su responsabilidad de indemnizar a mi poderdante...”

Al hacer un estudio sobre el caso que nos ocupa, el a-quo argumentó lo siguiente:

“El Despacho encontró acreditado que el señor Robin Jurado Abril, el 02 de agosto de 2017, suscribió contrato de seguros debida ideal con la demandada Seguros de Vida Suramericana S.A., por intermedio de Bancolombia S.A., en virtud de la cual el 15 de noviembre de 2019, presentó la reclamación donde solicitó afectar la póliza por el riesgo de invalidez, desmembramiento o inutilización por enfermedad por un valor de \$40.000.000, reclamación que fue objetada por la compañía demandante el día 06 de diciembre de 2019, al considerar que el tomador fue reticente en la declaración de asegurabilidad que se diligencio al momento de tomar el seguro, por cuanto no informó que tenia antecedentes de reemplazo de válvula aortica, presentada antes de diligenciar la póliza materia de esta actuación, padecimiento que se encontraba dentro de las denominadas valvulopatías, lo cual conllevó a expedir la póliza como riesgo normal.

Es indudable a la luz de la normatividad legal aplicable y a la jurisprudencia reseñada, el señor Robin Jurado Abril, faltó a la verdad en la declaración de asegurabilidad que hizo ante Seguros de Vida Suramericana S.A., al declarar sobre su estado de riesgo, como queda

evidenciado con la declaración que el mismo entregó y la copia de la póliza 027085005, donde se indica que para la época su estado de salud es normal y que no sufre ni ha sufrido entre otras patologías, de valvulopatías.

Por otra parte, la historia clínica del demandado entregada al proceso se extrae que con anterioridad a la toma de la póliza, tenía antecedentes cardiacos y que el 27 de junio de 2017 se le practicó una cirugía de reemplazo de la válvula aortica biológica, aspecto que confesó el demandado en la declaración, cuando el Despacho le preguntó si se había sometido al referido procedimiento a lo cual contestó si, igualmente da fe de este hecho el dictamen de pedida de capacidad laboral, esto conduce a aseverar que para el 02 de agosto de 2017, fecha en que se celebró el contrato de seguros, el demandado ya padecía antecedentes cardiacos que habían sido corregidos, no obstante, a sabiendas no lo manifestó al momento de declarar el riesgo y contratar la póliza de seguro, no haciendo eco este despacho a lo declarado por el en el interrogatorio recabado, referente a que no se le preguntó nada al respecto sobre su padecimiento, que no leyó el contenido del documento que firmó y que su actuación estuvo rodeada de buena fe, lo cual desde luego no lo exime de culpa, pues al plasmar su rubrica en el papel, aceptaba el contenido del contrato de seguros celebrado, omisión que materializa la reticencia que reclama la compañía aseguradora, según lo establece el artículo 1058 del código de comercio.

Es a partir de la realidad de la enfermedad, que la compañía hubiere, asumido o se habría abstenido de contratar o hubiera hecho más onerosa la relación contractual...”

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que, la reticencia se configura cuando el tomador del seguro expone hechos falsos o inexactos u omite información que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora habrían provocado una abstención para la celebración del contrato o hubiera emitido una póliza más onerosa, por ello, se genera la nulidad relativa del seguro. Según esa misma norma si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo.

Sobre el tema, dijo la Corte Constitucional en sentencia T-251 del 2017 que, si se demuestra que el declarante conocía de antemano la existencia y gravedad de una enfermedad, el contrato, sin duda, podrá ser declarado nulo debido a la reticencia, y por ende mala fe, pero no sucederá lo mismo cuando el asegurado manifieste los síntomas de su enfermedad o que estos se encuentren en la historia clínica y la aseguradora dentro de los límites razonables, no indague sobre su gravedad. En sentencia T-222 del 2014, la Corte Constitucional ya había explicado que “si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia”.

A lo largo del proceso ha quedado demostrado y así fue declarado por el demandado durante el interrogatorio de parte, que, al momento de suscribir la póliza, este era conocedor de las patologías que lo aquejaban, específicamente de la cirugía de reemplazo de la válvula aortica a la que fue sometido, condición que no fue declarada, bajo el argumento de haber firmado el formulario de asegurabilidad sin leerlo.

Todo lo anterior lleva al convencimiento del Juzgado de que el señor Robin Jurado Abril, teniendo la información sobre su estado de salud, eligió callar y suscribir la

declaratoria de asegurabilidad en el estado en que está allegada al proceso, es decir manifestando que no antes las distintas afecciones que se le pusieron de presente.

Aunado a lo anterior, llama la atención a este Despacho, que fue el mismo demandado, quien voluntariamente y sin remisión medica alguna, se dirige a la Junta de Calificación del Magdalena, para determinar su pérdida de capacidad laboral, dejándose constancia que se solicita la determinación de perdida de capacidad laboral para presentarla en distintas entidades financieras.

Resumen del caso: Solicita se le determine la pérdida de la capacidad laboral para presentar a Banco de occidente, Banco Falabella, Bancolombia y Banco Colpatría.
--

Por otro lado, revisado el dictamen de perdida de capacidad laboral, se advierte que fueron precisamente las patologías y afecciones no declaradas las que otorgaron un mayor porcentaje de invalidez en la calificación que, a la postre lo llevó a solicitar la afectación de la póliza.

Ciertamente, existen en cabeza del asegurador deberes que le son atribuidos en su calidad de profesional de la actividad. Tanto para la Corte Suprema de Justicia como para la Corte Constitucional, la reticencia genera la nulidad del contrato de seguro como se lee en sentencia del 11 de abril del 2002, la Sala de Cas. Civ., en cita tomada de la sentencia T-251-2017, a menos que “dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” lo que permite asegurar a la Corte Constitucional que “la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos”.

Esa posición es acorde con la sentencia del 25 de mayo del 2012 de la Sala de Cas. Civ. De la C.S.J., M.P. Ruth Marina Rueda Díaz, que resalta la eficacia del cuestionario que proponga la aseguradora. Por eso, en sentencia SC2803 del 2016, la Sala de Cas. Civ., con ponencia del doctor Fernando Gutiérrez Giraldo, se explica que es del asegurador el deber de verificar los datos suministrados por el tomador, cuando tenga serias dudas de su certeza, sin que ello implique una exigencia para el asegurador, del agotamiento previo de todos los medios a su alcance, para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que lo asume, como si fuera de su exclusivo cargo.

Sobre el deber de las aseguradoras de indagar el estado del riesgo, la Corte Constitucional; en sentencia T-027 del 2019, concluyó que la aseguradora tiene la obligación de realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, pero aclaró que, de no hacerlo no pierde el derecho a pedir la anulación del contrato, sino que tendrá entonces “la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.”

El artículo 1158 del código de Comercio nos enseña: *“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”*

Ahora bien, que no obstante que Seguros de Vida suramericana S.A., no pidió la historia clínica ni requirió la práctica de exámenes médicos al señor Robin Jurado Abril, antes de admitirlo en la póliza, sí demostró en sede judicial la reticencia en que esta incurrió cuando negó su real estado de salud.

Para el Despacho, el deber de declarar sinceramente, precisa la revelación de lo que se conoce, con certeza, -para este caso sobre el estado de salud-, por lo tanto, se puede ser reticente en un seguro de vida con amparo por incapacidad total y permanente, aun cuando no se haya determinado el porcentaje de pérdida de capacidad laboral o no haya quedado el dictamen en firme, si antes de ello, se tiene el conocimiento de enfermedades y voluntariamente se les oculta con la intención de obtener un provecho.

Resolviendo un caso similar el honorable Tribunal Superior de Distrito Judicial de Medellín nos dice:

“En esa medida, si la asegurada no informó al intermediario sobre su verdadero estado de salud, es decir, ocultó datos relevantes o no fue exacta frente a su estado riesgo, la aseguradora no tendría como conocerlo. Y como lo advirtió la a quo, tampoco logró demostrar la parte actora, que la aseguradora tuvo conocimiento de la reticencia o inexactitud en que incurrió la asegurada y guardó silencio, cuando se le remitió copia de la historia clínica, pues ello se quedó en meras aseveraciones, teniendo en cuenta que el diagnóstico inicial había sido de una neuropatía crónica.

De otro lado, la ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., no tenía ninguna obligación de investigar si a la asegurada se le había diagnosticado cáncer en época pretérita, ni al momento de celebración del contrato, ni cuando se efectuó su renovación, porque partía del supuesto de la ubérrima buena fe de su contraparte.

Además, tampoco era obligatorio para la demandada practicarle exámenes médicos de asegurabilidad a la candidata a contratar con ella el seguro de vida, ya que así lo prescribe el artículo 1158 del Código del Comercio al disponer:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.¹

Por otra parte, no es de recibo para esta Judicatura el desconocimiento en materia de seguros por parte del demandado, en lo que se refiere a no declarar su verdadero estado de salud, en tanto como él mismo lo manifestó ha tomado varias pólizas de seguro, por lo que se infiere tiene un mínimo de conocimiento al respecto, así mismo nos encontramos ante una persona, que conociendo las consecuencias que genera la pérdida de capacidad laboral acudió directamente a solicitar la determinación de la misma, para efectos de presentarla a las entidades financieras.

Así las cosas se declararan no probadas las excepciones de *“El señor Robin Jurado Abril no fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguro plan vida ideal no*

¹ C.U.D.R.: 05-001-31-03-015-2011-00196-01. PROVIDENCIA: S.S. 015/20. Acta N° 056 de noviembre 30 de 2020.

ban027085005" y "buena fe por parte del demandado y asegurado en el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005.", se accederá a las pretensiones de la demanda, en el sentido de declarar la nulidad relativa del contrato de seguros recogido bajo póliza de seguros PLAN VIDA IDEAL N° BAN027085005, por existir reticencia del asegurado en la declaración de asegurabilidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio y en consecuencia se declara que a título de sanción la aseguradora tiene derecho a la retención de las primas.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, Cesar, administrando justicia en nombre de la República, y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: Revocar la sentencia escrita de calenda 07 de octubre del 2022 proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Valledupar - Cesar dentro del proceso de NULIDAD RELATIVA DE CONTRATO DE SEGURO seguido por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. contra ROBIN JURADO ABRIL, por las razones expuestas en la parte considerativa.

SEGUNDO: Declarar no probada la excepciones de merito propuestas por la parte demandada, de *"El señor Robin Jurado Abril no fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005" y "buena fe por parte del demandado y asegurado en el contrato de seguro plan vida ideal no ban027085005."*, de conformidad a lo esbozado.

TERCERO: Acceder a las pretensiones de la demanda, en el sentido de declarar la nulidad relativa del contrato de seguros recogido bajo póliza de seguros PLAN VIDA IDEAL N° BAN027085005.

CUARTO: Declarar que a título de sanción la aseguradora tiene el derecho a la retención de las primas.

QUINTO: Sin condena en costas.

SEXTO: Notificar esta sentencia por estado, tal como lo dispone el Art. 12, del D. Ley 2213 del 2022. Una vez cause ejecutoria, devuélvase el expediente al juzgado de primera instancia.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Juez,

MARINA ACOSTA ARIAS

Rad. 20001-40-03-005-2021-00078-01

Firmado Por:

Marina Del Socorro Acosta Arias

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 003

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: **d34d7e5d4f01ae828abab8f1d0f9236e8ad17b99b4568fbf3c2ca34126b4bb7c**

Documento generado en 14/12/2023 03:21:18 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>