



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO ORALIDAD
PALACIO DE JUSTICIA, 5 PISO.
CARRERA 14 CALLE 14 ESQUINA,
TEL. 5600410 - VALLEDUPAR CESAR.
j03ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO.	RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.
DEMANDANTE.	ALBERTO MARIO MACIAS CABALLERO
DEMANDADO.	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. – BANCOLOMBIA S.A.
RADICADO:	20001-4003-003-2019-00237-01

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA:

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el dos (02) de febrero de dos mil veintiuno (2021), en audiencia realizada por Juzgado Tercero Civil Municipal de Valledupar.

ANTECEDENTES PROCESALES

Alberto Mario Macías Ospino, presentó demanda declarativa verbal contra SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., y BANCOLOMBIA S.A., para que se declare la demandada civilmente responsable por el incumplimiento del contrato de póliza No. BAN025495079 PLAN DE VIDA TOTAL, por la cobertura Invalidez por enfermedad el valor de \$84.144.000. Sean pagados los intereses moratorios y que se condene al pago de costas y gastos del proceso.

Previo reparto, el Juzgado Tercero Civil Municipal de Valledupar admitió la demanda declarativa contra los demandados.

Notificado los demandados, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A a través de apoderado judicial, interpuso las excepciones de mérito denominadas “INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN LA SEGURO DE VIDA GRUPO PLAN VIDA TOTAL No. BAN025495076, POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COETANEOS A SU CELEBRACION ANTE LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DE RIESGO”, “MALA FE”, “CONSTITUCION DE ACTO INNASEGURABEL POR LA CONDUCTA DOLOSA DEL DEMANDANTE ALBERTO MACIAS OSPINO AL MOMENTO DE CELEBRAR EL CONTRATO DE SEGURO No. BAN025495079”, “INEXISTENCIA DE DEMOSTRACION DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO A LA LUZ DEL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO”, “LIMITE DE RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. HASTA EL IMPORTE DEL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD”, “PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE CONFORMIDAD EN EL ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO, NORMA DE CARÁCTER IMPERATIVO”,

“IMPOSIBILIDAD DE AFECTACION DEL AMPARO CUYOS PAGOS SE RECLAMAN POR INEXISTENCIA DE OPORTUNIDAD PARA CONTROVERTIR DICTAMENES DE CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL PRACTICADOS A LA ASEGURADORA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1352 DE 2013” y “GENERICA O INNOMINADA”.

El demandado BANCOLOMBIA S.A., al contestar propone las excepciones de mérito de “FALTA DE LEGITIMACION EN CAUSA POR PASIVA” y “COBRO DE LO NO DEBIDO”, “INCONCURRENCIA DE LOS PRESUPUESTOS AXIOLOGICOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN LO QUE ATAÑE A BANCOLOMBIA S.A.”, “INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ALGUNA ENTRE SURAMERICANA S.A. Y BANCOLOMBIA S.A.”, y “LA GENERICA”.

En audiencia del 2 DE FEBRERO DE 2021, fue proferida sentencia de primera instancia en la que se declararon probadas las excepciones de INOPERANCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONTENIDO EN EL SEGURO DE VIDA GRUPO PLAN VIDA TOTAL No BAN025495076 POR NULIDAD RELATIVA O ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIOS COETANEOS A SU CELEBRACION ANTE LA RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR/ASEGURADO EN LA DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO presentada por la demandada SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y la de FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA presentada por BANCOLOMBIA S.A., negando las pretensiones de la demanda.

Frente a esa decisión, la parte demandante interpuso recurso de apelación, el que se concedió en el efecto suspensivo. Repartido el expediente a este Juzgado, por auto del 10 de noviembre 2021, se admitió el recurso concediendo el término legal a la parte recurrente para la sustentación, quien lo hizo oportunamente. Posteriormente, el 09 de febrero de 2022, se corrió traslado a la parte no recurrente, la que también hizo uso de la oportunidad.

SENTENCIA APELADA.

Partió el *a quo*, después de acudir a nociones y fundamentos jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional, luego de hacer verificación probatoria, llamada telefónico del accionante ALBERTO MARIO MACIAS CABALLERO, allegada por el demandado, en la que refiere no haber sufrido enfermedad, de fecha 16/marzo/2016, estableciendo que para dicho momento la ASEGURADORA no tenía por qué conocer el estado de salud del demandante, pues para dicha fecha no se encontraba calificado como invalido, sino que fue meses después de adquirir la póliza. Estableció que el 9/noviembre/2015, le fueron diagnosticadas las enfermedades, no encontrando el despacho justificación porque para el 16/marzo/2016, el demandante no menciona lo que había padecido en relación a su enfermedad coronaria. Hasta octubre de 2016, se le dictamina la invalidez y con posterioridad realiza la reclamación. Determino la Juez primera, que las primeras dos pólizas las toma el 3/NOVIEMBRE/2015, mostrando el demandante ser una persona sana, lo cual prueba que las declaraciones de asegurabilidad suscritas para dicha fecha, fue sincera, porque no presentaba afectación en su estado de salud. En cambio, para el momento de adquirir la última póliza, se evidencia que el estado de salud no era el mejor, pero de las pruebas se concluye que el demandante no fue sincero como lo exige el artículo 1058 del C de Co, y dicha inexactitud afecta el nacimiento del contrato de seguros. Cita la sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil de fecha 6/julio/2007, radicado No. 1999 00359 01, ratificada en sentencia de la misma corporación judicial calendada 4/marzo/2016, refiriéndose a las dos fases del estado de riesgo, señalando que la demandante tenía la obligación de mencionar en las dos oportunidades que su estado no era el mismo cuando

declaro al momento de adquirir las primeras pólizas. Por ello niega las pretensiones de la demanda, declarando probadas las excepciones de mérito alegadas.

En relación a la falta de legitimación en causa por pasiva alegada por BANCOLOMBIA S.A., establece que no existe obligación legal o contractual de la entidad aseguradora que pueda ser trasladada a BANCOLOMBIA S.A., en tanto que la asesora al momento de llamar lo hizo a nombre de la aseguradora, eximiendo de cualquier responsabilidad al Banco. Con este razonamiento declaró probadas excepciones de mérito, niega las pretensiones de la demanda y condena en costas a la parte demandante.

SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN.

Después de escuchar la sentencia de primera instancia, el apoderado judicial de la parte demandante esgrimió sus reparos en relación con la RETICIENCIA E INEXACTITUD alegada por la aseguradora, por lo que se concede la apelación en el efecto suspensivo por la primera instancia.

Ante esta instancia sustentó que, la sentencia censurada se tomó la decisión de manera generalizada, no se tuvo en cuenta las características propias de la declaración de asegurabilidad realizada por el demandante, relacionando estado de asegurabilidad del asegurado, y la historia clínica realizando una literatura a la misma.

Señala que lo que se quiere demostrar es que para la fecha del audio16 de marzo 2016, luego de tantos quebrantos de salud y salir de ello con vida, lo que deja es una sensación de agradecimiento y que a los seis días (06) en pleno plan terapéutico te llame alguien a preguntarte en términos generales, como es su estado de salud, cualquier persona respondería ¡que está bien! Aun así, en las condiciones de salud de ese momento del demandante y para los efectos que le quiere dar el asegurador de reticencia e inexactitud, debería declararse nula, por el estado de salud demostrado, los efectos del medicamento y que el demandante dependía en ese momento de profesionales de la medicina para su subsistencia como estaba aportado en la demanda y que no fue tenido en cuenta en la valoración probatoria.

El hecho 15 de la demanda se manifestó al despacho judicial que mi cliente no tenía conocimiento del monto del valor asegurado en la modificación del contrato de seguro No. BAN025495076, solo hasta que solicitó el 14 de septiembre de 2018 a través de derecho de petición la relación detallada de todos los productos que había adquirido con estas entidades. Nunca le enviaron los anexos físicos de la modificación del contrato de póliza. El demandante no recordaba con claridad haber tomado el contrato de seguro objeto de este proceso.

Debe tener en cuenta, el celeberrimo Juez de segunda instancia, el que observará con detenimiento, que el fenómeno de la reticencia también puede ser generado por el asegurador, ya que es él quien debe proporcionar el cuestionario verbal o escrito en la solicitud de seguro o declaración de asegurabilidad por medio del cual determinará el estado real del riesgo, pero hay que tener en cuenta que la omisión de este trámite obliga al asegurador a aceptar el riesgo en las condiciones que se encuentre al momento de formalizar el seguro, y por ejemplo en el caso de presentarse un siniestro, el asegurador no podría alegar la reticencia frente a una información que no solicitó, por lo que solo podrá alegar las agravaciones del riesgo que están contempladas en las condiciones particulares del seguro, las que no se oponen al pago del valor asegurado e intereses moratorios de las pretensiones deprecadas.

De lo anterior, señor Juez de segunda instancia, para la debida aplicación del derecho del consumo al contrato de seguro, no debe existir una sola parte que detente la información

como se lo he venido ilustrando, la otra también debe hacerlo para que pueda tomar una decisión informada. Los intermediarios de seguros y las aseguradoras deben informar a los tomadores con gran generosidad los alcances de las pólizas. En el caso concreto es fácil darse cuenta la disparidad en los conocimientos del seguro, donde el asegurador es un experto en la materia, comparado con el asegurado, quien tiene una mínima información sobre el contrato, lo que lleva al deber de información al tomador (causa del contrato) se constituya en una herramienta fundamental para corregir el desequilibrio que caracteriza a los contratos de adhesión y permite que el tomador decida de manera informada a elegir los amparos que necesita y conocer con claridad las exclusiones que dejen sin efectos el contrato.

Aunado al anterior, es recomendable una declaración dirigida por medio del cuestionario, debido a que el tomador no tiene por qué conocer todos los factores que determinan la peligrosidad del riesgo para el asegurador, pues no es el experto en el tema.

Es de manifestar que el demandado SURAMERICANA SA, en la contestación de la demanda del hecho No. 28, afirma que no es admisible y tampoco posible que la compañía tuviera que entregar declaración de asegurabilidad por cuanto al demandante se le efectuaron los cuestionarios de rigor conforme dispone los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, los cuales quedaron grabados, asunto a todas bruces falso, eso no es un cuestionario serio de un asegurador, otro sería el resultado de las respuestas dadas por el tomador, si se le hubiese preguntado concretamente su estado de salud o como mínimo advertirle de las consecuencias de los artículos precitados.

Finalmente, solicita: *“revocar la decisión adoptada por el celeberrimo despacho judicial, mediante sentencia en oralidad del 02 de febrero de 2021. - En consecuencia de la revocatoria, que se declare civilmente responsable a la sociedad comercial SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A, identificada con NIT No. 890.903.790-5 y la sociedad comercial BANCOLOMBIA S.A, identificada con NIT No. 890.903.938-8 a pagar a mi mandante ALBERTO MARIO MACIAS OSPINO por el incumplimiento del contrato de póliza No. BAN025495076 PLAN VIDA TOTAL, por la cobertura Invalidez por enfermedad el valor de \$84.144.000 OCHENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS; que sean pagados los intereses moratorios causados a partir de la presentación de la reclamación de pago (13 de diciembre de 2018), hasta que se dirima la controversia con la sociedad comercial SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A y BANCOLOMBIA S.A; que se condene a las compañía SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A y BANCOLOMBIA S.A, al pago de costas y gastos del proceso”*.

ALEGACIÓN DEL NO APELANTE FRENTE A LA SUSTENTACIÓN DEL APELANTE ÚNICO.

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA.

Al recorrer el traslado manifiesta que existe CARENIA DE CONGRUENCIA ENTRE LOS REPAROS PLANTEADOS, SUSTENTACION Y LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA, solicitando se sirva analizar la apelación adoptando la congruencia que le amerite el análisis de las suplicas y así confirmar la sentencia de primera instancia como lo propugna el artículo 281 del CGP.

La nulidad relativa del contrato de seguro y la nulidad demostración de la mala fe contemplada en la póliza No. BAN025495076, cita el artículo 1058 del C de Co, y sentencias aplicables al caso concreto, señalando la prosperidad de dicha excepción. Estableciendo que en Colombia no existe norma que regule que a partir de la ocurrencia de un siniestro deba existir nexo de causalidad entre la causa del siniestro y la reticencia o inexactitud para que el asegurador pueda eximirse de afectar determinada póliza de seguro de vida, pues por vía sustancia ni vía jurisprudencia a la fecha se predica.

En ese orden de ideas, a consecuencia del contenido de las historias clínicas que se pueden

otear al interior del plenario, específicamente en lo que hace referencia a los antecedentes médicos del demandante, infiere el despacho que hubo reticencia al hacer la declaraciones de asegurabilidad, pues se insiste, se ocultaron antecedentes médicos, siendo ello información que revestía gran importancia para calificar la intensidad del riesgo, razón por la cual se puede afirmar que el contrato de seguro celebrado efectivamente está viciado de una nulidad relativa, sin que, se insiste, tenga relevancia el hecho que el estado de salud no comunicado tenga o no relación directa con el siniestro amparado.» Como puede advertirse, la determinación adoptada no se manifiesta caprichosa, como tampoco las razones expuestas merecen el calificativo de absurdas, ni de autoritarias, de modo que no se amerita el otorgamiento del amparo, más cuando se tiene claro que no se puede recurrir a la acción de tutela para imponer al sentenciador un determinado criterio jurídico, a efectos de que su raciocinio coincida con el de las partes. Solicitando confirmar en su totalidad la sentencia de mérito proferida, junto a la condena en costas respectiva.

BANCOLOMBIA S.A.

Al descorrer el traslado, solicita confirmar la sentencia de primera instancia, manifestando que el apelante no menciona en sus reparos de forma concreta o específica lo relacionado con la absolución total de BANCOLOMBIA S.A., frente a las pretensiones de la demanda por haber prosperado la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva. El demandante funge como único apelante.

Expresa, que se encuentra probado que, (i) no fue Bancolombia sino Seguros de Vida Suramérica S.A., quien celebró el contrato de seguros a que alude la demanda, prueba está que no solamente se acredita con la respectiva póliza de seguros que obra en el expediente de la referencia sino también con la misma confesión del propio demandante en su escrito de demanda y lo confesado por el mismo demandante en el desarrollo del interrogatorio de parte que rindió en el presente proceso.

Así las cosas, estando probado que, es jurídica y lógicamente evidente que BANCOLOMBIA S.A. CARECE DE INTERES SERIO Y LEGÍTIMO PARA SOPORTAR LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA por cuanto, como ya se ha dicho, Bancolombia no es Compañía Aseguradora, ni asesor, ni corredor, ni representante del asegurador; no está dedicada a amparar riesgos, ni es de su objeto social la seguridad de las personas, y por ello el Banco no es quien está llamado a pagar la suma reclamada en la demanda.

CONSIDERACIONES DE SEGUNDA INSTANCIA

Corresponde a esta instancia desatar el recurso de apelación interpelado por la parte demandante contra la sentencia de primera; para ello anuncia que su competencia está enmarcada de acuerdo al artículo 320 del Código General del Proceso únicamente en los reparos concretos formulados por el apelante. Así mismo, se repite que, esta sentencia es emitida luego de efectuar control de legalidad de la actuación surtida y constatar que se cumplen todos los requisitos sustanciales y procesales para decidir de fondo la cuestión debatida.

En la sentencia de primera instancia se reconoció la inoperancia e ineficacia del contrato de seguro de vida contenido en el seguro de vida grupo plan vida total No. BAN025495076, por nulidad relativa o anulabilidad del contrato de seguro por vicios coetáneos a su celebración ante la reticencia e inexactitud del tomador/asegurado en la declaración del estado del riesgo.

Lo cual se configuró al contrastar la declaración de asegurabilidad con la historia clínica y el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral de la Junta Nacional de Calificación, y esta Judicatura confirmará la decisión

apelada.

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”*.

Así pues que, aun cuando el demandante se sintiera en óptimas condiciones de salud al llenar la declaración de asegurabilidad, cuando le realizaron la llamada, lo cierto es que, no estaba curado como lo manifiesta en el recurso de apelación, y, por tanto no estaba exento de contestar acorde a la realidad, las preguntas en las que se le cuestionaba con relación a si padecía alguna enfermedad o afección física; por el contrario siendo consciente de sus padecimientos y la gravedad de los mismos, pues, de conformidad dictamen 6189 sufrió infarto agudo al miocardio, enfermedad coronaria aterosclerótica severa e hipertensión arterial y en marzo de 2016, ACV isquémico, infarto cerebral, pese a que su condición, según su parecer y sentir, fuese estable, tenía el deber de informar que su estado de salud se había deteriorado, o en su defecto, de las afecciones que había padecido.

En el dictamen del 06 de octubre de 2016, emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez se consignó que, en el día 8 de noviembre del año 2015 el señor ALBERTO MACIAS, sufrió infarto agudo de miocardio, diagnosticado con enfermedad coronaria aterosclerótica severa de un vaso, posteriormente se diagnostican hipertensión esencial, con insuficiencia cardiaca no especificada. En marzo de 2016, presenta ACV isquémico transitorio. En marzo de 2016 se le diagnostica infarto cerebral, presenta hemiparesia izquierda, y hace un segundo infarto de miocardio.

Como se ve, el señor Alberto Mario Macías Ospino, teniendo la información sobre su estado de salud, eligió callar; en este sentido, que se sintiera o no en buenas condiciones en ese instante, no resta importancia a la negación indebida de su real estado de salud, sobre el que expresamente se le indagó en el formulario preimpreso.

Observa el *ad quem* que, en puridad, en algunos reparos no se discute la elección consciente del declarante, sino que se pretende suavizar el juicio sobre esa conducta, apelando a las circunstancias externas que antecedieron a la voluntad malintencionada que se acepta, como sucede por igual con el punto atinente a la alegada falta de valoración del interrogatorio de parte de la demandante que, que no conduce a nada distinto, porque se ha probado que

sabía que su estado de salud estaba menguado por su enfermedad, por manera que, aunque en el instante de la llamada, se sintiera bien, era consciente de los males que la aquejan y por los que se mantenía para ese momento, en tratamiento médico.

Con este esclarecimiento, tampoco puede decirse que, incida en la valoración de la mala fe del declarante el porcentaje de calificación por las enfermedades preexistentes, ya que, de todos modos, tal como lo señaló la primera instancia, dichas enfermedades fueron determinantes para la definición de la invalidez del señor Macias Ospino y es importante resaltar que las conocía y convenientemente las ocultó.

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 generala 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.”*

Entonces, pese a que, en otros fallos, se hubiere señalado el deber de practicar exámenes médicos a los asegurados antes de contratar o admitirlos a una póliza grupal, la Corte Constitucional en la sentencia más reciente explicó que, aun cuando éstos no sean practicados no se sanean irremediablemente los vicios de que adolezca el contrato. Al lado de esa posición, está la de la Corte Suprema de Justicia para quien, como se acaba de citar, no es de exclusivo cargo del asegurador el conocimiento del estado del riesgo.

Ahora bien, que no obstante que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA, no pidió la historia clínica ni requirió la práctica de exámenes médicos al señor Alberto Mario Macias Ospino, antes de admitirlo en las pólizas, sí demostró en sede judicial la reticencia en que esta incurrió cuando negó su real estado de salud.

Valga decir que, la notificación del dictamen de calificación definitivo que tuvo la asegurada, no es necesariamente el que entera a la persona de las enfermedades que padece y su gravedad. Es cierto que la prueba válida para probar la pérdida de capacidad laboral es el dictamen emitido por una entidad competente, no obstante, no puede considerarse que la reticencia pueda depender de la voluntad del asegurado de iniciar el trámite de calificación, o del tiempo que tarde por circunstancias ajenas a su voluntad el lograr el resultado, de modo que, puedan las personas escoger el momento en que se concretará su obligación de declarar el estado riesgo.

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.

Por todas las anteriores razones, esta Agencia de Justicia confirmará la sentencia apelada en razón a que no le halló razón al recurrente después de absolver los reparos y la sustentación presentada, por lo que además se condenará en costas de segunda instancia a la parte vencida y para las agencias en derecho, señalará la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente de conformidad con lo establecido en el Acuerdo No. PSAA16-10554 del 5 de agosto del 2016.

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

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 2 de febrero de 2021, por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Valledupar, dentro del proceso promovido por ALBERTO MARIO MACIAS CABALLERO contra SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y BANCOLOMBIA S.A.

SEGUNDO: Costas a cargo de la parte demandante. Se fijan como agencias en derecho la suma equivalente a un (1) s.m.l.m.v., que se liquidará en su oportunidad.

TERCERO: Se ordena en consecuencia devolver el expediente a su Juzgado de origen.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.

MARINA ACOSTA ARIAS.
JUEZ.

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: **e61df82ce981d269687dd5bb38a2768bccdd07ce6560f127919c227db5427c777**

Documento generado en 02/11/2023 01:33:24 PM

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