JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD.
Valledupar, diez (10) de junio de dos mil veintiuno (2021).

REF. DECLARATIVO VERBAL
DTE. AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
DDO. ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA
RAD. No. 20 001 31 03 001 2019 00020 00

1. EL LITIGIO

1.1. LA DEMANDA

La entidad bancaria AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, con Nit. 860.002.183-9, instauró demanda declarativa verbal contra el señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA, identificado con C.C. No. 12.647.400, con la finalidad de que se declare la nulidad relativa de los contratos de seguros - pólizas de seguro de bancaseguros grupo con plan familiar No 11000.

1.1.1. PRETENSIONES

Pretende el demandante que se declara que entre AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A y el señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA, existen unos contratos de seguros - pólizas de seguro de bancaseguros grupo con plan familiar No 11000, con certificados individuales Nos 7921879 y 7921880, donde la entidad bancaria figura como aseguradora y el demandado como asegurado.

Además, solicita que se declare que en las solicitudes de las pólizas, se presentó la figura de la reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad, toda vez que el asegurado no informó su verdadero estado de salud y/o sus antecedentes médicos.

En consecuencia de las declaraciones anteriores, solicita que se declare la nulidad relativa de los contratos de seguro objeto del litigio, así como también solicita que se declare que AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, tiene derecho a retener la totalidad de las primas devengadas a título de pena y como consecuencia de la declaración de nulidad relativa de los Contratos de Seguros.

Finalmente solicita que se condene en costas al demandado.

1.1.2. HECHOS

Las pretensiones encuentran fundamento en los siguiente hechos:

a) El señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA, identificado con C.C. No. 12.647.400, diligenció las solicitudes de productos bancaseguros, el día 10 de febrero de 2017.
b) Conforme a esta solicitud, se suscribió entre AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A y ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA, los contratos de seguro de bancaseguros grupo con plan familiar No 11000, certificados individualmente con los Nos 7921879 y 7921880, donde la entidad bancaria figura como aseguradora y el demandado como asegurado.
c) La fecha de expedición de estas pólizas es el día 13 de febrero de 2017, cuya vigencia inició el día 10 de febrero de 2017, renovable anualmente.
d) Los amparos contratados en los mencionado contratos de seguros fueron:

i) Póliza 7921879
- Básico de muerte con un valor asegurado de $ 100.000.000
- Incapacidad total y permanente $100.000.000

ii) Póliza 7921880
- Básico de muerte con un valor asegurado de $ 100.000.000
- Incapacidad total y permanente $100.000.000

e) El día 14 de julio de 2017, el señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA, en su calidad de asegurado, presentó reclamación directa ante AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, solicitando el amparo del seguro por incapacidad total y permanente.
f) Ante esta solicitud, la compañía bancaria analizo la historia clínica del asegurado y determinó que al momento de diligenciar las solicitudes de seguros ya este presentaba antecedentes médicos, que no fueron informados a la compañía, y que de haber sido conocidos por la aseguradora, se habría retraído en celebrar el contrato de seguro o lo habría realizado en condiciones diferentes a las pactadas.
g) La parte demandante el día 14 de agosto de 2017, procedió a dar respuesta formal a la solicitud del demandado, informandole que la misma quedaba objetada por reticencia, debido a que el asegurado no declaró su verdadero estado de salud al momento solicitar el seguro.
h) En el Centro de Conciliación de la Fundación Liborio Mejía de la ciudad de Valledupar - Cesar, el día 25 de octubre de 2018, se levantó constancia de asistencia en el proceso de conciliación No 0210-2018, agotándose así el requisitos de procedibilidad.

1.2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

En el escrito de contestación el demandado aceptó como ciertos algunos hechos del escrito de la demanda, pero también se opuso rotundamente otros, como lo fue en el

caso del hecho de la existencia de la reticencia por parte del demandado al momento de suscribir la solicitud de seguro, oposición que demostró manifestando que este hecho no es cierto ya que al demandado no se le permite afirmar o negar lo ya consagrado dentro del formulario, sumado al hecho de ser un formulario con letra muy pequeña que dificulta la lectura de la persona interesada en el seguro.

Respecto a las pretensiones de la demanda, se pronunció y determinó que no se opone a la primera pretensión del demandante, ya que solo determina la existencia del contrato de seguro, en cuanto a las demás pretensiones sí se opuso de manera expresa por la presunta ausencia de presupuestos fácticos y normativos para prosperar.

1.2.1. EXCEPCIONES DE MÉRITO

El demandado presentó las siguientes excepciones de mérito denominadas:

1. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS CONTRACTUALES PARA QUE SE AFECTEN LAS PÓLIZAS DE SEGURO GRUPO PLAN FAMILIAR No 11000 CERTIFICADOS INDIVIDUALES No 7921879 Y 7921880.
2. EL SEÑOR ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA NO FUE RETICENTE AL MOMENTO DE SUSCRIBIR LOS CONTRATOS DE SEGURO GRUPO PLAN FAMILIAR No 11000, CERTIFICADOS INDIVIDUALES No 7921879 Y 7921880.
3. BUENA FE POR PARTE DEL DEMANDADO Y ASEGURADO EN LOS CONTRATOS DE SEGUROS GRUPO PLAN FAMILIAR No 11000 CERTIFICADOS INDIVIDUALES No 7921879 Y 7921880.
4. CUALQUIER OTRA EXCEPCIÓN QUE RESULTE PROBADA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO EN VIRTUD DE LA LEY, CONFORME AL ARTÍCULO 282 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.

1.2.2. EXCEPCIONES PREVIAS

El demandado presentó la excepción previa de pleito pendiente, manifestando que dentro del Juzgado Primero Civil Municipal y el Juzgado Quinto Civil Municipal, se tramitan demandas verbales en contra del ahora demandante y por el mismo asunto que ahora nos ocupa; procesos donde se pretende la declaración de la existencia de la suscripción de las pólizas de seguro objeto del presente litigio y que se condene al pago de la misma al ahora demandante.

De la presente excepción previa se le dio traslado al demandante y este se pronunció dentro del término concedido para manifestar que la excepción previa de pleito pendiente no puede prosperar, toda vez que uno de los requisitos esencial para su declaración es la existencia de pretensiones idénticas y en el caso que nos ocupa se pretende la nulidad relativa del contrato, mientras que en los otros dos

proceso declarativos se pretende el cumplimiento contractual del contrato de seguro, siendo entonces pretensiones diferentes que no pueden ser tomadas como idénticas.

Este Despacho en auto del 27 de octubre de 2020 declaró infundada la excepción previa de pleito pendiente presentada por el demandado, ya que si bien los procesos a los que hace referencia el demandado giran en torno a la misma litigiosidad de la que se desprende la presente acción de nulidad, para esta instancia no se observó la misma identidad de objeto y causa petendi, ya que las pretensiones perseguidas por el señor ANÍBAL VILLALBA ESCORCIA dentro de los otros dos proceso declarativos son distintas a las pretensiones del ahora demandante y no hay nada que le permita deducir a este Despacho que en los otros procesos se encuentra comprendido el objeto de este; de ahí que se procediera a declararse infundada la excepción y se condenara en costas al demandado.

En audiencia inicial del trece (3) de junio de 2021 se agotaron todas las etapas procesales para poderse dictar sentencia de manera oral, sin embargo, se dejó constancia que por problemas de conectividad con los dispositivos móviles de la Juez Primera Civil del Circuito, no se pudo proceder a dictar sentencia, dando entonces aplicación al artículo 373 núm. 5º del C.G.P; informando a las partes que la sentencia se daría de manera escrita y se publicaría dentro de los diez días hábiles siguientes a la realización de la audiencia, medida que fue tomada para garantizar los derechos al debido proceso de las partes.

2. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

2.1. PRESUPUESTOS PROCESALES

Los presupuestos procesales, la demanda en forma, capacidad de las partes, capacidad procesal y competencia se hallan reunidos en el presente caso, motivo por el cual el proceso se ha desarrollado normalmente y se hace posible decidir de fondo.

Desde el punto de vista de la actuación tampoco se observa alguna causal de nulidad que pueda invalidar el proceso, de modo que ello aunado a lo anterior, conlleva a esta despacho a proferir decisión.

2.2. PROBLEMA JURÍDICO

El objeto del litigio fue fijado en audiencia inicial y consiste en establecer si el señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA incurrió en reticencia por no informar su estado de salud al momento de solicitar y suscribir el seguro de banca seguros con grupo plan familiar No 11000, certificados individuales Nos. 7921879 y 7921880 con

inicio de vigencia 10 de febrero del año 2017, generando como efecto de dicha reticencia la nulidad relativa del contrato.

Lo anterior previo al estudio de la prosperidad de las excepciones de mérito propuestas por el demandado, que involucran la inexistencia de reticencia por parte del demandado y la buena fé por parte del asegurado al momento de suscribir el contrato de seguro que nos ocupa en este caso.

2.3. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

Sería lo primero poner en conocimiento que el artículo 281 del C.G.P. señala el contenido de las sentencias en el sistema de oralidad, preceptúa este:

> *"La motivación de la sentencia deberá limitarse al examen crítico de las pruebas con explicación razonada de las conclusiones sobre ellas, y a los razonamientos constitucionales, legales, de equidad y doctrinarios estrictamente necesarios para fundamentar las conclusiones, exponiéndolos con brevedad y precisión, con indicación de las disposiciones aplicadas. El juez siempre deberá calificar la conducta procesal de las partes y, de ser el caso, deducir indicios de ella. (…)"*

Para poder dar respuesta al problema planteado esta instancia se apoya en el Código de Comercio y sus artículos 1054, 1058, 1059, 1072, 1073, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081 y 1158; también se tiene de presente el artículo 2530 del Código Civil y el artículo 167 del Código General del Proceso.

En un primer momento, se tiene que el contrato de seguro es un contrato consensual y de ubérrima buena fe, que obliga al tomador o asegurado a pagar una prima o precio del seguro y condicionalmente al asegurador a responder frente al beneficiario por una indemnización cuando se concrete el siniestro por el riesgo previsto.

El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio. Igualmente, el artículo 1045 del mismo estatuto menciona los elementos que integran esta modalidad contractual, discriminados así: (i) el interés asegurable; (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador.

En este orden de ideas, cabe precisar que los elementos descritos deben desenvolverse sobre el plano que extiende el principio de buena fe en los contratos,

pues en todos ellos es esencial que la declaratoria de voluntad se encuentre libre de vicios de voluntad para poder guardar el equilibrio de la relación.

Así las cosas, el contrato de seguros se rige por un estricto cumplimiento del principio de buena fe entre las partes, toda vez que a partir de la declaración de voluntad emitida por el adquirente, el asegurador puede identificar los márgenes sobre los cuales se desplegarán los efectos de la póliza adquirida, y a su vez establecer la modalidad y el monto que debe pagar el adquirente.

Sin embargo, al momento de presentarse la declaratoria de estado de riesgo por parte del interesado en la póliza, es posible que se presenten alteraciones en los hechos y circunstancias expuestas que pueden dar lugar a un desequilibrio contractual. En este sentido, se ha logrado identificar dos escenarios en los que puede ocurrir esta anomalía, precisados en las figuras de reticencia y preexistencia.

1. **Reticencia o inexactitud.**

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia se configura cuando el tomador del seguro expone u omite unos hechos que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora, se habría emitido una póliza más onerosa, por ello se genera la nulidad relativa del seguro.

Según esa misma norma, *"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".*

Sobre este tema, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha determinado que para la configuración de la reticencia se requiere, necesariamente, de una actuación de **mala fe.** Por ésta se entiende, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del

tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato.[1]

En ese sentido, la Corte Constitucional en sentencia T-027 de 2009, sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales.

Por eso, en sentencia SC2803 del 2016, la Sala de Cas. Civ., con ponencia del doctor FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ, explica que ***"la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio."***, y explica que ese agravio se atenúa, cuando el silencio o distorsión de la situación son producto de un «error inculpable del tomador», caso en que sólo se disminuye el monto a indemnizar, ***"pero eso sí, con la salvedad de que en el «seguro de vida» una vez transcurridos «dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato» deja de aplicarse la reducción por expresa disposición del artículo 1160 ejusdem."*** y que esas salvedades tienen relación con el «conocimiento presuntivo del estado del riesgo» y son inmanentes al deber del asegurador 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.

Tanto para la Corte Suprema de Justicia como para la Corte Constitucional, esa mala fe de la reticencia debe ser probada por la Aseguradora; en sentencia del 11 de abril del 2002, la Sala de Cas. Civ., en cita tomada de la sentencia T-251-2017, establece que "las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber

[1] Corte Constitucional, Sentencia T-027 de 20019

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. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia."

Esa posición está, en criterio de este Despacho, también acorde con la sentencia del 25 de mayo del 2012 de la Sala de Cas. Civ. De la Corte Suprema de Justicia, M.P. RUTH MARINA DÍAZ RUEDA, que resalta la eficacia del cuestionario que proponga la aseguradora, con la aclaración de que las omisiones e inexactitudes del tomador o asegurado deben responder a una falta de información o conocimiento, para que pueda haber teñido de mala fe el diligenciamiento del mismo.

Por eso, en sentencia SC 5327 del 2018, la Sala de Cas. Civ. con ponencia del doctor LUIS ALONSO RICO PUERTA, explica que *"si bien la reticencia conduce, en línea de principio, a una nulidad relativa del contrato, por erosionar la buena fe que gravita en este particular negocio, tal figura debe examinarse cuidadosamente a la luz de la actividad de cada parte, esto es, de la conducta asumida por los extremos de la relación a lo largo de la formación del contrato, pues no siempre que el tomador omite datos determinantes del estado del riesgo se llega a esa sanción, en tanto, puede ocurrir que paralelamente a ese actuar, el asegurador haya omitido o prescindido de formular preguntas al tomador, que hubiesen permitido conocer - por su calificado oficio- los hechos que le servían de soporte para contratar el seguro."*

2.4. ANÁLISIS DEL MATERIAL PROBATORIO EN EL CASO CONCRETO

En el presente asunto se estudia la presunta existencia de la figura de la reticencia por parte del señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA, al este presuntamente no informar su estado de salud al momento de solicitar y suscribir el seguro de banca seguros con grupo plan familiar No 11000.

Para poder determinar la existencia de esta figura, se hizo indispensable el estudio minucioso de las pruebas allegadas y practicadas en el proceso; así como también el estudio del comportamiento de las partes durante todo el trámite de suscripción del contrato de seguro que nos ocupa.

Inicio el Despacho con la examinación de las pruebas aportadas por la parte demandante, haciendo especial énfasis en las solicitudes de póliza de seguro de vida, puesto que lo demás relativo a la existencia del contrato, la reclamación presentada para el pago de la indemnización y la objeción exteriorizada de la aseguradora, son hechos que están admitidos por ambas partes.

Ahora bien, el mencionado documento contiene una declaración de asegurabilidad donde se expresan ciertas condiciones de salud básicas y normales que el señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA manifiesta tener al momento de firmar; documento que trata de una declaración prescrita por la aseguradora, que a simple vista no cuenta con un espacio para agregar información relevante al momento de manifestar el estado de riesgo, lo que limita la declaración espontánea del asegurado al este solo poder ceñirse a lo prescrito en el cuestionario.

Dentro del escrito de esta solicitud también se puede constatar una autorización expresa por parte del tomador, la cual autoriza a la aseguradora a tener acceso a la historia clínica del asegurado en cualquier momento, para así corroborar la información que se suministraba en caso de considerarlo necesario; por otro lado, también se advirtió una autorización que tenía tanto el demandante como su matriz o subordinada de ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente, un derecho que le permitía valorar el riesgo presente o futuro de la relación del contrato que se iba a suscribir.

Este despacho considera relevante hacer mención a una de las declaraciones contenidas en las pólizas de seguro, la cual somete la validez de la esta a la veracidad de las declaraciones contenidas y manifestadas al momento de realizarse la solicitud del seguro; declaración que iría acorde a lo previsto en la ley en dado caso se logre probar la reticencia por parte del demandado.

Seguido de lo anterior, el Despacho procedió a examinar las pruebas aportadas por la parte demandada, haciendo énfasis en el dictamen de calificación de la pérdida de capacidad laboral del demandado; en el cual se observa que la causa de la pérdida de capacidad laboral son varias enfermedades de origen común, como lo son la diabetes, hipertensión, síndrome de túnel carpiano y trastorno mixto de ansiedad y depresión. Enfermedades preexistentes que causaron una pérdida de capacidad laboral del 53.64%, con fecha de estructuración del 12 de mayo de 2017.

Respecto a la Resolución de pensión de invalidez, expedida por Colpensione el 17 de agosto de 2017, este despacho advierte que dentro de la misma se reconoce el pago de una pensión de invalidez a favor del señor ANIBAL JOSE VILLALBA ESCORCIA; siendo entonces un documento que corrobora el estado de incapacidad en el que se encuentra el demandado, y de donde resulta la presentación de la solicitud del pago del seguro el día 14 de julio de 2017 al ocurrir el siniestro de incapacidad total y permanente cubierto por el seguro.

Por todo lo expuesto a este Juzgado le consta que efectivamente el señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA suscribió dos pólizas de seguros de vida con la demandante AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, donde hecho seguido el demandado solicita el pago de la póliza el día 14 de julio de 2017 por haberse configurado el siniestro de incapacidad total y permanente cubierto por la póliza, ya que existe dictamen donde se determina su pérdida de capacidad laboral del 53.64% por enfermedades de origen común; así como también consta resolución de reconocimiento de pensión de invalidez.

De lo expuesto también se corrobora la existencia de unas solicitudes de póliza de seguro de vida firmadas por el demandado, las cuales contienen una declaración de asegurabilidad diseñada por la aseguradora que fue aceptada por el demandado con su firma, sin existir un espacio dentro del formulario para agregar información relevante al momento de manifestar su estado de riesgo.

Ahora bien, comoquiera que el artículo 1058 del Código de Comercio limita la eficacia del contrato de seguro a la sinceridad del tomador que diligencia la declaración de asegurabilidad y que es de carga tanto del asegurador demostrar la reticencia, la inexactitud y la culpa del declarante, así como del demandado demostrar los hechos constitutivos de excepciones (Art. 167 del C.G.P.), es imprescindible no solo el conocimiento de una enfermedad antecedente, sino del encubrimiento culpable, para que pueda operar la nulidad relativa.

Donde en el caso en cuestión si bien se pudo confirmar la existencia de enfermedades antecedentes a la suscripción del contrato de seguro, para este Despacho no se comprobó un encubrimiento consciente y culpable por parte del demandado, ya que el mismo se ciñó a lo contenido en la solicitud del seguro de vida sin existir la mala fe o un actuar deshonesto de omitir información respecto a su estado de salud. Adicional a ello, se resalta la falta de eficacia del cuestionario que propone la aseguradora para este tipo de seguros, ya que no permite al tomador del

seguro agregar información respecto a su estado de salud, lo que generaría sin duda posibles omisiones e inexactitudes de manera involuntaria.

A lo anterior se agrega que el demandado había autorizado expresamente a la aseguradora para tener acceso a su historia clínica en cualquier momento, esto con el objetivo de que pudiera corroborar la información que se suministro en caso de considerarlo necesario. Por consiguiente, este despacho observa un actuar poco diligente del asegurador al haber omitido o prescindido de la opción de corroborar la información brindada por el demandado, una actuación que sin duda le hubiese permitido conocer los hechos que le servían de soporte para contratar el seguro.

Se resalta también que en el interrogatorio de partes rendido por el demandado, se informó que su comportamiento al momento de suscribir el contrato de seguro se vio dirigido por ciertas guías suministradas por los asesores de la entidad bancaria al momento de abrir una cuenta con la entidad, que él en un inicio no se interesó directamente en el seguro de vida sino hasta que el mismo fue ofrecido por los asesores; de ahí que a esta instancia considere que su actuar al momento de suscribir las solicitudes de los seguros fue de buena fe, ya que existió influencia de las recomendaciones de los asesores al momento de suscribir las solicitudes.

Por otro lado, en el interrogatorio rendido por el representante legal del demandante, se advirtió que la aseguradora no solicitó los exámenes médicos al tomador y tampoco verificó la información médica del tomador del seguro al momento de la suscripción del seguro, un actuar que a esta instancia le parece poco diligente para poder determinar el riesgo que se asume como asegurador; sin mencionar que del interrogatorio rendido por el representante legal del demandante no se pudo desprender o presumir que el tomador del seguro actuó de forma desleal y de mala fe.

Ahora, siguiendo las sentencias T-251 del 2017 y SC5327 del 2018, se entiende que es carga del demandante probar que el declarante tenía información suficiente acerca de la gravedad de su enfermedad al momento de celebrar el contrato y que este de manera voluntaria omitió esta información. Obligación que no se ve satisfecha en este proceso ya que si bien existen pruebas documentales que corroboran la existencia de enfermedades de origen común, de las mismas no se puede desprende el estado en el que se podía encontrar la enfermedad al momento de la suscripción del contrato de seguro; así como tampoco se pudo evidenciar

algún actuar deshonesto del demandado, como lo requiere la sentencia SC2803 del 2016.

De modo, que por no cumplir la parte demandante con la carga de la prueba de manera cabal, ya que las pruebas documentales y los comentarios del demandante no generan suficiente convencimiento al Juez de la existencia de una mala fe por parte del demandado, habrá de desestimarse las pretensiones de la demanda y declarar probadas dos de las tres excepciones de mérito presentadas por la parte demandada en su contestación; esto último al existir buena fe del demandado al momento de suscribir el seguro y por el hecho de no probarse la existencia de la figura de la reticencia por parte del demandado al momento de suscribir el contrato de seguro.

Por tanto, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Valledupar, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO.- **DECLARAR PROBADAS** las excepciones de mérito de BUENA FE POR PARTE DEL DEMANDADO Y ASEGURADO EN LOS CONTRATOS DE SEGURO GRUPO PAN FAMILIAR No 11000 y la denominada NO RETICENCIA AL MOMENTO DE SUSCRIBIRSE LOS CONTRATOS DE SEGURO GRUPO PLAN FAMILIAR No 11000, por las razones expuestas.

SEGUNDO.- **ABSTENERSE** de estudiar la excepción de mérito propuesta bajo la denominación CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS CONTRACTUALES PARA QUE SE AFECTEN LAS PÓLIZAS DE SEGURO GRUPO PLAN FAMILIAR No 11000, al esta no tener relación con el objeto del litigio.

TERCERO.- DECLARAR que entre AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A y el señor ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA, existen unos contratos de seguros de banca seguros grupo con plan familiar No 11000 certificados individualmente Nos 7921879 y 7921880, en el cual el primero se surte como asegurador y el segundo como asegurado.

CUARTO.- DESESTIMAR las demás pretensiones de la demanda incoada por AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A contra ANÍBAL JOSÉ VILLALBA ESCORCIA.

QUINTO.- Condénese al demandante a pagar las costas judiciales del presente proceso. Fíjese como agencias en derecho la suma de 3 SMMLV. Por Secretaría practíquese la liquidación de costas.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

ESTADO DE EMERGENCIA SOCIAL, ECONÓMICA Y ECOLÓGICA

FIRMA – DCTO. L. 491 DEL 28 DE MARZO DE 2020, ART. 11.

SORAYA INÉS ZULBTA VEGA.
JUEZ

G.D

DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

La anterior providencia fue notificada
por estado electrónico.

No. 42 el día 11 de junio de 2021

IRIDENA LUCÍA BECERRA OÑATE
SECRETARIA