REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR-CESAR

Valledupar, cinco (05) de septiembre de Dos mil Veintitrés (2023).

Proceso: VERBAL
Demandante: JOSE DOLORES OÑATE RASGOS
Demandado: BANCO BBVA COLOMBIA S.A y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A
RAD: 20001-40-03-003-2018-00146-01

ASUNTO

Procede esta agencia judicial a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia de calenda 20 de febrero de 2020, proferida por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Valledupar, en la cual declara PROBADA la excepción de nulidad relativa del contrato de seguros por reticencia, al igual que la excepción denominada recibo de pago de manera legítima y cobro de lo no debido y condeno en costas a la parte demandante fijando como agencias en derecho la suma de OCHOCIENTOS MIL PESOS ($800.000).

Con miras a procurar el efectivo acceso a la administración justicia, de una manera expedita, ágil; que conservara los derechos y la salud de los usuarios y de los jueces y magistrados, **se expidió el Decreto 806 de 2020, que en su artículo 14 dispuso**, como algo excepcional, que los recursos de apelación se tramitaran por escrito, salvo hubiese que practicar pruebas; para lo cual la presentación, trámite, y decisión pertinentes se harían por escrito, incluida la sentencia; a través de los medios tecnológicos dispuestos para ello.

Así las cosas, y como en este proceso ya se ha surtido la etapa de sustentación de la alegación, tanto para el apelante como para el no recurrente, se hace viable la emisión de esta **sentencia por escrito**.

ANTECEDENTES

El parte demandante señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, por conducto de apoderada judicial, interpuso demanda DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, contra BBVA SEGURO DE VIDA COLOMBIA S.A, con el fin de que, se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., suscribió la póliza de seguros de vida/grupo deudores No. VGD 0110043, el día 4 de junio de 2014, con el fin de amparar la obligación No. 158-9603589215, con la entidad bancaria BBVA COLOMBIA S.A., amparando diversos riesgos a que estaba expuesto el señor OÑATE RASGOS, y particularmente la cobertura por incapacidad total y permanente; Igualmente que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a pagar a la entidad a la entidad bancaria BBVA COLOMBIA el saldo insoluto

a la fecha 3 de marzo de 2016, de la obligación adquirida por JOSE DOLORES OÑATE RASGOS. Que se condene a la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., devolver a favor del demandante el restante del valor asegurado, tal como lo ordena el artículo 1144 del código de Comercio. Y por último solicita que se declare que, del valor asegurado, las demandadas deben pagar al demandante intereses comerciales moratorios a la tasa máxima señalada por la superintendencia bancaria, sobre la suma correspondiente a la indemnización por el siniestro desde el 11 de marzo de 2016, fecha en la que se notifico el dictamen de perdida de capacidad laboral del señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, lo anterior conforme al artículo 1080 del código de Comercio.

FUNDAMENTOS DE LOS HECHOS

Dentro del relato fáctico de la demanda, expuso la parte actora que el señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, sufrió un accidente de tránsito el día 23 de diciembre de 2013, ocasionándole una lesión consistente en fractura expuesta de humero: supra e interfalángica; lesión de nervio radial, lesión de nervio cubital y mediano, luxación de interfalangica proximal del dedo angular y fractura de falange dedo medio. Como consecuencia de lo anterior, el día 10 de abril del 2016 ASALUD LTDA en calidad de proveedor de medicina laboral de COLPENSIONES, califico con un 64% la pérdida de capacidad laboral de mi mandante, mediante dictamen N° 2016146242kk.

El día 4 de junio de 2014, mi representado suscribió con la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la póliza segura de vida/grupo deudores No. VGD 0110043, con el fin de amparar la obligación No. 158-9603589215 que ostenta con la entidad bancaria BBVA COLOMBIA S.A.

La póliza en mención, ampara los siguientes siniestros: vida, incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización e incapacidad total temporal y finalmente desempleo.

Con ocasión a la incapacidad total y permanente que ostenta mi prohijado, elevo ante BBVA SEGUROS, la reclamación relativa al seguro de vida grupo deudores referido en líneas anteriores, quienes mediante respuesta de fecha 20 de diciembre de 2016, objetaron expresando que De acuerdo con historial médico de la clínica ERASMVS LTDA del 17 de enero de 2014, encontramos que el señor José Dolores Oñate Rosgos tiene antecedente medico de desmembramiento en codo izquierdo, además, se evidencia antecedentes patológicos de hipertensión arterial (HTA) y diabetes de acuerdo a historia clínica de enero de 2014. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

Solicito nuevamente a la entidad aseguradora la efectividad de la póliza No. VGD 0110043, quien mediante contestación de fecha 14 de marzo de 2017, manifestando que Para el caso que nos ocupa, usted suscribió libre y voluntariamente el día 4 de junio de 2014, el certificado de asegurabilidad que se identifica con el radicado M026300100006001589603589215 7, documento que se adjunta para su apreciación, en el cual usted omitió declarar e informar debidamente su condición de salud. Lo anterior, como quiera que de acuerdo con la historia clínica emitida por ERASMVS LTDA. Usted presenta antecedentes médicos relacionados con hipertensión arterial (HTA) y diabetes. Dichas patologías fueron diagnosticadas con anterioridad. Finalmente, nos permitimos manifestarle que en su escrito no se presentan argumentos que den sustento a la aseveración tendiente a indicar que la declaración de asegurabilidad no se encuentra suscrita por usted. Existe una presunción legal

sobre la autenticidad de dicho documento por lo que la información allí contenida se tiene como verídica y extendida por quien consigna su firma. BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se permite ratificarla objeción planteada con anterioridad, por lo cual no es procedente acceder a su solicitud.

Aunado a lo anterior, al momento de suscribir la póliza, mi mandante otorgo el consentimiento a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., significa lo anterior que la entidad aseguradora asume el riesgo en las condiciones en que se halle, sin que luego lo Home reticencia, cuando ni siquiera hubo declaración espontanea, teniendo en cuenta que en el momento que la entidad aseguradora demandada, elaboro la declaratoria de asegurabilidad, conocía que las manifestaciones alii contenidas podían no ajustarse a la situación real del suscriptor, quien ligeramente pudo asentar su firma sin reparar o comprender el alcance de lo que estaba contemplado en el documento de solicitud del seguro.

Cabe anotar igualmente, que no se observe que BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A., haya realizado algún tipo de examen médico a mi mandante antes de tomar el seguro o en vigencia del mismo, ni exigido que como asegurado allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato, situación que es responsabilidad de la compañía aseguradora establecer.

DECISIÓN APELADA

Determinó en la sentencia impugnada el juez a quo declarar probada las excepciones denominadas NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA, propuesta por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., al igual que la excepción denominada RECIBO DE PAGO DE MANERA LEGITIMA y COBRO DE LO NO DEBIDO, propuesta por la entidad financiera BBVA COLOMBIA S.A.; Como consecuencia de lo anterior, se Negaron las pretensiones de la demanda. Condenar en costas a la parte demandante. Tásense. Téngase como agendas en derecho la suma de OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($800,000, oo) que la parte demandante deberá cancelar a la parte demandada, en un porcentaje de 50% de dicha suma para cada una de las demandadas.

Fundamenta su decisión expresando que en el caso de marras las pretensiones no estaban llamadas a prosperar toda vez que se encontró probada la nulidad relativa por reticencia, alegada por el BBVA SEGUROS DE VIDA, e igualmente las excepciones de excepción denominada recibo de pago de manera legítima y cobro de lo no debido, manifestando además la señora Juez que se llega a dicha conclusión de conformidad al articulo 1058 del Código de Comercio, y el formulario absuelto por el demandante al tomar la declaración de aseguramiento. Que el tomador debe declarar el estado de riesgo de forma sincera y el señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, no lo hizo.

En el caso de marras se le puso de presente al señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, un cuestionario claro que cualquier persona puede responder, donde se le indagó acerca de sus condiciones de salud, y el tomador, hoy parte demandante, no lo diligenció con sinceridad el cuestionario a las preguntas de salud que padecía alguna enfermedad y de las pruebas aportadas se pudo observar que en diciembre de 2013, había sufrido un accidente que le había dejado diversas secuelas, es decir, cuando suscribió la declaración de asegurabilidad el 4 de julio de 2014, padecía además de las secuelas del accidente, las de hipertensión y diabetes, las cuales al contrario de lo que expreso la apoderada del señor JOSE DOLORES OÑATE

RASGOS, en sus alegatos, si incidieron en la declaratoria de invalidez; el señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, acepto haber suscrito la declaración de asegurabilidad sin haberlo leído, pero lo avaló cuando lo firmo y omitió las patologías que se comprueban con las historias clínicas aportadas y reposan en los folios 110 al 210. Que el mismo demandante en el interrogatorio de parte ratificó sufrir dichas enfermedades, las cuales tienen incidencias.

Por otro lado, aduce el A-quo que el firmar un documento sin leer tiene unas consecuencias, es decir, que atiene a lo que diga el documento; que el señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, oculto su estado de salud, no se sabe cuales fueron los motivos o razones por las cuales tomo la declaración de asegurabilidad.

Por lo anterior, se encuentra que la reticencia se encuentra probada.

Que frente al BBVA SEGUROS DE VIDA, no se le puede ordenar lo solicitado en las pretensiones, toda vez que el contrato nacido viciado; en cuanto al BBVA tampoco se le ordenará que devuelva los pagos realizados porque el contrato esta viciado de nulidad, además los pagos le correspondía hacerlos al demandante y no a la entidad aseguradora.

RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con la decisión adoptada la apoderada de la parte demandante expresa que durante el proceso, la compañía de seguros no probó de ninguna manera; que la "omisión" por parte de mi representado lo hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, y esta consideración fue inadvertida por la falladora, por otra parte, se declaró viciado de nulidad relativa el contrato de seguros, inadvirtiendo que la reticencia constituye una figura subjetiva, de tal manera que no basta con el simple hecho factico de un antecedente médico no declarado, sino que corresponde la demostración que dicha negación lo fue de mala fe y además, que fue de tal magnitud para que de haberla conocido se habría sustraído de celebrar el contrato o en su defecto, celebrarlo en términos más onerosos, hecho que no fue demostrado.

Fuera de discusión se encuentra que la reticencia o inexactitud de la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permiten establecer el estado del riesgo asegurado, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, así lo establece, en general, el artículo 1058 del Código de Comercio, la pregunta a responder es si la prueba de la reticencia o inexactitud, sin más, era suficiente para decretar la nulidad relativa o implicaba demostrar algo adicional. En concreto, no es suficiente, pues la aseguradora debe acreditar, que, de haber conocido la información en forma completa, se habría sustraído de celebrar el contrato o lo hubiera ajustado en términos distintos, sin duda, la reticencia o inexactitud pudo haber ocurrido, la aseguradora, empero, no debió contentarse con acreditar esos hechos, le incumbía demostrar de que haber conocido el estado de salud descrito, en efecto, le habría retraído de contratar. Esta carga no se cumplió y la Juez de primera instancia lo inadvirtió en su decisión.

Precisado la anterior, nos indica la Sentencia SC 5327 de 2018. M.P Luis Alonso Rico Puerta, que al tenor de lo dispuesto en el artículo 1058 del C. de Co. la reticencia o inexactitud en que incurra el tomador del seguro acerca del estado del riesgo genera nulidad relativa del contrato, siempre que los datos omitidos o imprecisos sean relevantes para la calificación del estado del riesgo. Esa inadvertencia, para afectar la validez de la convención, debe ser trascendente, toda vez que si la declaración incompleta se concentra en aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran

influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia se puede derivar en el sentido sancionatorio mencionado, todo lo cual se funda en la lealtad y buena fe que sustenta los actos de este linaje. De ese modo, son relevantes, al decir de la norma en cita, las inexactitudes u ocultamientos, cuando "conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...)", vale decir, la relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo tiene qué ver directamente con datos esenciales para la cabal expresión de la voluntad y garantizar un consentimiento libre de vicios, opresiones, turbiedades que puedan degenerar el negocio jurídico en el perfeccionamiento del negocio, claramente, esta situación debía probarla BBVA Seguros, le correspondía indicar con claridad cuál habría sido la consideración adoptada por la compañía al conocer los antecedentes médicos del demandante, no obstante, esto no sucedió.

El A quo, emite su decisión considerando que mi representado faltó a la verdad y eso generó la nulidad del contrato de seguro porque vició el consentimiento de la aseguradora, no obstante, no tuvo en cuenta que la compañía demandada, no probó durante el proceso, que mi representado haya actuado de mala fe, no obstante, se declaró probada la excepción de nulidad relativa del contrato por reticencia, sin tener en cuenta la juez, que BBVA Seguros debía demostrar que la información omitida por el asegurado resultaba decisiva o influyente para la aseguradora al momento de contratar, es decir, debía tener la connotación de incidir en el consentimiento de la otra parte. Así, la Corte afirmó; "De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador". (SC3791 de 2021).

La nulidad relativa, encuentra fundamento en el vicio del consentimiento de la aseguradora al no tener una información veraz y transparente por parte del tomador. Para su configuración se requiere: a) que los hechos encubiertos por la acción u omisión del tomador sean de tal relevancia que, de haber sido conocidos por el asegurador, este no hubiese celebrado el contrato de seguro y b) que, de haberse conocidos los hechos por el asegurador, se hubiesen estipulado condiciones más onerosas. Es importante resaltar que, no cualquier falsa declaración o reticencia determina la nulidad del contrato de seguro, las circunstancias incorrectamente declaradas, omitidas u ocultadas, deben ser capaces de inducir a la compañía de seguros a otorgar un consentimiento que, de haber conocido la verdad, hubiera rehusado, o aceptado, pero en diferentes condiciones. Con respecto a lo anterior, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla en su sentencia del 15 de noviembre de 1998 estableció que "son relevantes si los hechos o circunstancias omitidos o inexactamente declarados eran o debían ser conocidos por el tomador y si, además, eran de naturaleza que hubieran influido en el consentimiento del asegurador o en las condiciones de su otorgamiento, induciéndolo a estipular condiciones más onerosas". La carga de la prueba sobre la reticencia o inexactitud, así como su incidencia directa en el consentimiento debía asumirla la aseguradora conforme a la carga de la prueba prevista en el art. 167 CGP (Sentencia SC3791 de 2021), esto no sucedió durante el proceso, sin embargo, la Juez concluyo que el contrato estaba viciado por la conducta de mi mandante.

Consideramos, que la Juez Tercera Civil Municipal de Valledupar, profirió una decisión sin justificar ni explicar bajo ninguna consideración, precisamente el reproche que durante el debate probatorio esta servidora le hizo a la aseguradora, referente a su desatención a ese deber mínimo de verificación y comprobación de la información suministrada y autorizada por el asegurado en la misma declaratoria de asegurabilidad, estando en condiciones de constatarlo para el momento de la suscripción del contrato de seguro.

En el caso específico, la aseguradora contaba con la anuencia del tomador para acceder a su historia clínica, como muestra inequívoca de estar actuando con transparencia, la que con los adelantos tecnológicos resultaba de fácil consulta, luego, su incuria para verificar el verdadero estado de salud del tomador a sabiendas de su predisposición a ciertas enfermedades o antecedentes, pues como indicó mi mandante en su interrogatorio de parte, asistió a suscribir los documentos propios del crédito y el contrato de seguro, con "tutores o tornillos en su brazo" con ocasión a las cirugías practicadas por el accidente sufrido previamente, por tanto, les exigía descartarlas.

Por otra parte, en cuanto a la excepción denominada "Recibos de pago de manera legítima y cobro de lo no debido" declarada también probada, debemos decir, que en desacuerdo con su fundamentación y atendiendo que conforme a lo antes reseñado, no era procedente declarar la nulidad relativa del contrato de seguros, y como consecuencia de ello; los dineros recibidos por la entidad bancaria con posterioridad a la fecha de estructuración de la invalidez de mi representado si deben ser devueltos, atendiendo, que en claro cumplimiento a las condiciones pactadas en el contrato de seguro, BBVA Seguros deberá asumir en favor del Banco BBVA, el saldo insoluto de la obligación contraída por mi mandante y así dar por saldada totalmente la deuda, en esa medida, las cuotas pagadas con posterioridad a esa fecha, deberán reintegrarse al señor José Dolores pues no habría razón para efectuar su pago y actuar en forma contraria constituiría un enriquecimiento sin casusa para la entidad bancaria.

CONSIDERACIONES

En vista de que en el presente proceso se reúnen los requisitos procesales y sustanciales para proferir decisión de mérito y que no existen irregularidades que invaliden lo actuado, se procederá a resolver de fondo la apelación recibida.

Se tiene entonces que el problema jurídico a absolver se circunscribe a determinar si se configuró o no reticencia en la declaración de asegurabilidad, y en ese mismo sentido, si en virtud de dicha reticencia planteada, es procedente declarar la nulidad relativa del contrato, con fundamento en las patologías registradas en la historia clínica, o por el contrario si le asiste razón al apelante al indicar que tal situación contractual obedece a la negligencia en la actividad aseguraticia de la entidad demandada, lo cual no es atribuible como carga a su representado.

De conformidad al artículo 1036 del Código de Comercio, el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva; que sea consensual no le imprime un sello de impenetrabilidad al contrato, más bien, define el modo en que se perfecciona para nacer al mundo jurídico: con el acuerdo de voluntades, sin más formalidades, no obstante que pueda adolecer de irregularidades o vicios en su formación.

Los contratos de seguros constan de cuatro elementos esenciales, sin los cuales, no es apto para producir efecto alguno: 1) El interés asegurable; 2) El riesgo asegurable; 3) La prima o precio del seguro, y 4) La obligación condicional del asegurador.

Al efecto, el art. 871 del C.cio, expresa:

"*Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no solo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre y la equidad natural.*"

Anotamos, que en el presente asunto estamos frente a un contrato que por imperativo de la masa de relaciones económicas que suele cubrirse con ellos, se hayan preestipulados, imponiéndose sus cláusulas a quienes lo celebran por adhesión, o sea sin mediar una genuina y libre discusión de aquéllas, cual acontece de ordinario en el contrato de seguro.

Ahora bien, dentro del caso que se examina, nos encontramos con una póliza de seguros -contrato de vida grupo deudores- que cuenta con cobertura básica de vida No. 158-9603589215, con la entidad bancaria BBVA COLOMBIA S.A., amparando diversos riesgos a que estaba expuesto el señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, y particularmente la cobertura por incapacidad total y permanente, sobre la cual se elevó reclamación directa por parte del tomador en virtud del siniestro:

SEGURO GRUPO DEUDORES Y/O ENDOSADO

M02630010000C6015896O3589215

BBVA

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 0110043

BBVA Seguros

Jose Dolores Oñate Rasgo — 77.016.220 — 52

Cll 9 B # 10-60 — 3007479703 — Valledupar

28 — 10 — 1961 — Operador

Valledupar — 4 — Junio — 2014

CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD

M02630010000600158960358921 5

Abogada Titulada

Valledupar-Cesar, 06 de diciembre de 2017

Señores
BBVA Seguros
E.S.M

REF. TOMADOR	**BBVA COLOMBIA S.A**
POLIZA	**VGDB No. 0110043-56**
ASEGURADO	**JOSE DOLORES OÑATE RASGO**
CEDULA	**77016220**
OBLIGACION	**00130158689603589215**

LUISANA CHOLES REGALADO, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como apoderada de acuerdo a poder conferido por el **Sr. JOSE DOLORES OÑATE RASGO,** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la CC. 77.016.220 de San Juan del Cesar-Guajira; con fundamento en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, respetuosamente presento **DERECHO DE PETICION** antes esta entidad, de acuerdo a lo preceptuado en la ley 1755/2015, con base en los siguientes:

HECHOS:

1. Solicite un crédito de libre inversión ante **BBVA**, para la compra de la camioneta Mazda BT50.
2. En ese mismo momento **BBVA COLOMBIA S.A** ofreció un seguro con el fin de amparar la obligación antes descrita y fue aceptado de mi parte.

PRETENSIONES

Con fundamento en los hechos relacionados, solicito lo siguiente:

1. Me sea entregada el Clausulado general y copia completa de la Póliza N° VGD-0110043-56.

PRUEBAS:

Documentales:

- Fotocopia de mi cédula.
- Poder debidamente otorgado.

ANEXOS:

- Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

En el presente asunto se debate igualmente que al momento de la constitución del contrato de seguros se le pone de presente declaración de asegurabilidad donde se le interroga sobre su estado de salud y por ende se pretende dilucidar el tema del fenómeno de reticencia que entró en el escenario jurídico que se presenta al momento de objetarse la reclamación directa hecha por el tomador de la póliza de seguro No. 158-9603589215.

En todo caso, el asegurador que objete la reclamación tiene dentro de sus defensas la invocación de la nulidad relativa del contrato al tenor de lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, que reza:

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

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

Sobre el tema, dijo la Corte Constitucional en sentencia T-251 del 2017, que ello no significa y "*no puede ser excusa para que un tomador- beneficiario solicite el reconocimiento de una póliza de seguro declarada nula en virtud de su mala fe. Así las cosas, el artículo 83 de la Constitución repudia tanto las prácticas arbitrarias de las aseguradoras como de los tomadores. A modo de ejemplo, si se demuestra que el tomador de la póliza conocía de antemano la existencia y gravedad de una enfermedad al momento de celebrar el contrato, sin ninguna duda este podrá ser declarado nulo debido a la reticencia. Cosa distinta es el caso de que el beneficiario 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.*"

Es de aclarar que reticencia lleva de suyo la mala fe, mientras que la preexistencia refiere a las afecciones de salud que aquejaban al asegurado desde antes de la celebración del contrato.

Entiende la Corte Constitucional en sentencia T-222 de 2014 que "*la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, 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*",

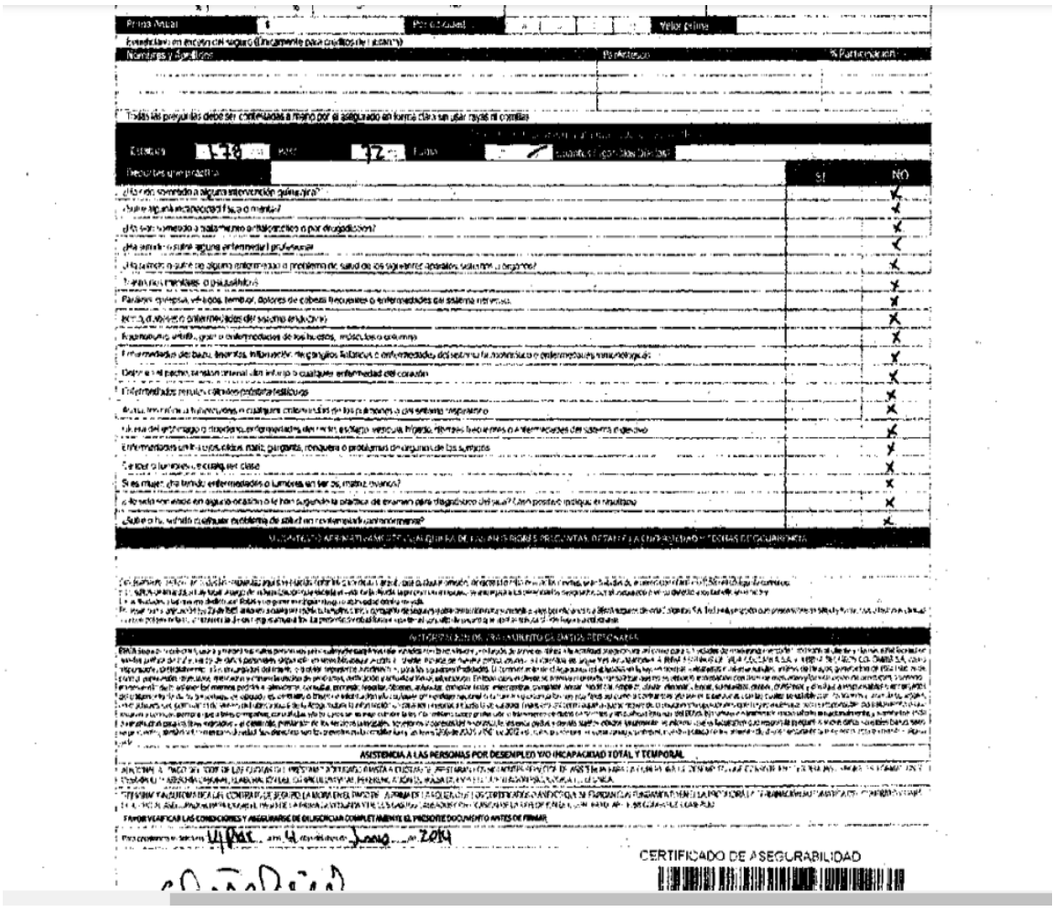
pero si el declarante no tenía no tenía posibilidad de conocer completamente la información, es desproporcionado que se le imponga una carga que indiscutiblemente no puede cumplir.

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 "*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 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.*"

La sentencia del 25 de mayo del 2012 de la Sala de Cas. Civil. De la C.S.J., 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 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.

Ahora bien, dentro de la mencionada declaración de asegurabilidad realizada por el tomador de fecha 4 de junio de 2014, que se avista en el expediente digital en el ítem 11, del cuestionario propuesto por la empresa aseguradora, se solicitaba marcar con una X el padecimiento de enfermedades como Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón, el señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, guardo silencio., consignándose en blanco todos y cada uno de los recuadros contenidos De igual manera, se encargó el tomador, de diligenciar en la casilla del NO frente a todos los demás cuestionamientos sobre problemas de salud y procedimientos médicos.



CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD

Ahora bien, en contraste a lo consignado, se comprobó a través de la historia clínica del señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, que presentaba diabetes e hipertensión, además por el accidente de transito fractura de humero expuesto (DESMEMBRAMIENTO DE CODO IZQUIERDO)

CLINICA ERASMVS LTDA

Cada paciente es diferente, nuestra Clínica también

Nit. 824001252-3

HISTORIA CLÍNICA

EPICRISIS

Admisión No. 90143

H.C. No. 77.016.220

Identificación:	CC 77.016.220 JOSE DOLORES OÑATE RASGO	Fing.:	
Fecha Nacimiento:	octubre 28 de 1961	Edad:	52 Años
Lugar Nacimiento:	VALLEDUPAR	Sexo/Razn:	Masculino/
Dirección:	CLL 5 SUR Nº 22-39 SAN JUAN DEL CESAR	Telefono:	3007068301
Entidad:	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.		VALLEDUPAR
Tipo de Usuario:	Contributivo Tipo de Afiliado: Cotizante	Estrato Socio-Ec.:	
Fecha Ingreso: 23-dic-2013 20:32	Fecha Egreso:	Dx Ingreso:	Dx Egreso:

viernes, 17 de enero de 2014 08:55 (52 Años 2 Meses)

INGRESO Y EGRESO

Servicio de Ingreso : Remitido

Fecha y hora de ingreso : 23/12/2013 20: 35 HR

Servicio de egreso : HOSPITALIZACION

Fecha y hora de egreso : 17/01/2014 08:55 HR

HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA : REMITIDO POR TRAUMA EN BRAZO IZQUIERDO

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE REMITIDO POR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DEE VOLUCION CARCATERIZADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO CON FRACTURA DE HUMERO EXPUESTA SEGUN, CON QUEMADURA POR FRICCION EN ZONA ESPECIAL MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

ANTECEDENTES : PATOLOGICOS: DIABETICO E HIPERTENSO EN MANEJO CON GLUCOPAGE, INSULINA NPH. VALSARTAN
FARMACOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

HALLAZGOS EXAMEN FISICO : TA: 110/80 FC: 78 FR: 19
C/C: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA HUMEDA. CUELLO MOVIL. NO MASAS

Centro Medico El Rosario Consultorio 1038 Tel:5704223 Valledupar ... - DIABETOLOGIA

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A

PACIENTE: JOSE DOLORES OÑATE RASGO **N° DOCUMENTO:** CC. 77016220 **EDAD:** 53 Años **SEXO:** M

DIRECCIÓN:

ESTUDIOS: bachiller

DATOS DE CONSULTA

FECHA CONSULTA: *martes, 28 de enero de 2014*

MOTIVO CONSULTA:
valoracion por diabetes

ENFERMEDAD ACTUAL:
Pcte con su manejo de osteomielitis de su codo izda y sensacion de episodios de debilidad y mareo s ultima glicemia 150 mg/dl en la tarde.

EXAMEN FISICO

F/CARDIACA	F/RESPIRATORIA	PESO EN Kgs	TALLA EN Mts	IMC	CLASIFICACIÓN
70	20	70	1.78	22.09	NORMAL

Crs	Ccr(MDRD)	Ccr (Cockcroft)	P/ARTERIAL	P/A MEDIA
			120 / 80	93.33

ESTADO GENERAL Buen estado general.
CABEZA Pupilas normoreactivas,.
CUELLO No Ingurgitacion yugular Gl.
TÓRAX Ruidos cardiacos Rítmicos sin soplos, Pulmones Bien Ventilados, Sin crepitos.
ABDOMEN no megalias, RHA presentes.
MUSCULO ESQUELETICO Tutores externos en codo. Izda ademas de vendaje del mismo y su mano Izda
NEUROLOGICO orientado por 3 esferas, no adiadococinesis, no lateropulsion.
VASCULAR PERIFERICO Pulsos simetricos, pedio ++/+++.

Dx1 E116 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS
Dx2 I119 ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)
Dx3 M866 OTRAS OSTEOMIELITIS CRONICAS

...OS DIAGNOSTICOS:

PLAN:
Pcte con manejo de diabets + osteomielitis d e su codo izda se sigue su manejo de base Glucophage 850 mg vo dia , y varteral 80/5 mg vo dia se ordena glucometro N 1 tirilla de glucometria N 50 lancelas para glucometria N 50
Ademas de soporte nutricional con Diabion una caps dia.
cita en 1 mes con glicemia Hba1C BUN creatinina hemograma

RECOMENDACIONES:
plan nutricional en 6 tiempos

MEDICAMENTOS Y EXAMENES SOLICITADOS

DIABION: COMP # 30

ANA MARIA RAMIREZ TORRES

FISIOTERAPEUTA – Universidad De Santander "UDES"

Cra.18 N° 12 – 12 Urb. El Libertador – tel: 5715024

HISTORIA CLINICA

NOMBRE: JOSE DOLORES OÑATE DAZA

EDAD: 51 AÑO

ANTECEDENTES PERSONALES: HIPERTENCION DIABETES.

A.FAMILIARES: DIABETES: HIPERTENCION

IDENTIFICACION: 77016220.

DIRECCION: CALLE 5 SUR 22-39 SAJUAN DEL CESAR

TEL: 3002479703.

OCUPACION: OPERADOR DE CAMION

CODIGO DX:

VALORACION Y TRATAMIENTO

02-07-14
Paciente de 51 años de edad. con DX
FX CONMINUTA DE CODO Y MANO IZQUIERDA
CON HERIDAS VENDADAS E INMOVILIZADAS
CON TUTOR EXTERNO PARA RECIBIR TRATAMIEN-
TO DE TERAPIA FISICA A LA VALORACION
PRESENTA, SEVERO EDEMA EN DORSO DE MANO Y
CODO, CON LEVE SUPURACION EN HERIDA DE
LIQUIDO SANGUINOLENTO, SEVERA LIMITACION
A LOS MOVIMIENTOS DEL 1er, 2do Y 5to DEDO
DE LA MANO IZQUIERDA. Y 3er Y 4to DEDO CON
[illegible]

Concretamente pueden observarse como dentro de informe clínico del 23 de diciembre de 2013 en adelante e igualmente existe en el material probatorio certificaciones de las incapacidades del señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS,

Certifica que

Al afiliado(a) Jose Dolores Oñate Rasgo, identificado con CC-77016220, se le han transcrito desde 08/12/2004 hasta 01/08/2016, incapacidades relacionadas a continuaciï¿½n:

Numero Incapacidad	Origen	Diagnostico	Ips	Periodo desde	Periodo Hasta	Numero de Dias	Dias Acumulados	Dias Reconocidos	Valor
9611299	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2016-07-03	2016-08-01	30	953		
9543244	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2016-06-03	2016-07-02	30	923		
9446585	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2016-05-04	2016-06-02	30	893		
9342695	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2016-04-04	2016-05-03	30	863		
9246368	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2016-03-05	2016-04-03	30	833		
9115471	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2016-02-04	2016-03-04	30	803		
9103859	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650030	2016-01-05	2016-02-03	30	773		
9103853	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-12-05	2016-01-04	30	743		
8887477	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-11-06	2015-12-05	30	713		
8887470	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-10-07	2015-11-05	30	683		
8661901	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-09-07	2015-10-06	30	653		
8661896	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-08-08	2015-09-06	30	623		
8554788	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-07-09	2015-08-07	30	593		
8554783	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650030	2015-06-09	2015-07-08	30	563		
8554779	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-05-10	2015-06-08	30	533		
8215066	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650030	2015-04-10	2015-05-09	30	503		
8215052	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-03-11	2015-04-09	30	473		
8019830	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650030	2015-02-10	2015-03-10	29	443		
8019810	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2015-01-11	2015-02-09	30	414		
7862180	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2014-12-12	2015-01-10	30	384		
7812051	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2014-11-12	2014-12-11	30	354		
7812041	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650030	2014-10-13	2014-11-11	30	324		
7572321	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2014-09-13	2014-10-12	30	294		
7511403	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2014-08-14	2014-09-12	30	264		
7478602	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650030	2014-07-30	2014-08-13	15	234		
7400983	ENFERMEDAD GENERAL	S570	4650033	2014-06-30	2014-07-29	30	219		
7363503	ENFERMEDAD GENERAL	M702	4650033	2014-06-15	2014-06-29	15	189		465006
7264690	ENFERMEDAD GENERAL	M702	4650033	2014-05-15	2014-06-14	30	174		2325030
7176729	ENFERMEDAD GENERAL	M702	4768117	2014-04-16	2014-05-15	30	144		2358059
7101101	ENFERMEDAD GENERAL	M702	4771400	2014-03-17	2014-04-15	30	114		2544778
7013686	ENFERMEDAD GENERAL	M702	4537740	2014-02-15	2014-03-16	30	84		3025311
6954781	ENFERMEDAD GENERAL	T056	4548720	2014-01-16	2014-02-14	30	54		3032632
6953227	ENFERMEDAD GENERAL	T056	4552620	2013-12-23	2014-01-15	24	31		2124662
6973848	ENFERMEDAD GENERAL	S422	4552620	2013-12-18	2013-12-22	7	7		404698
6267434	ENFERMEDAD GENERAL	I60X	4809280	2013-04-16	2013-04-20	5	13		534391
6267410	ENFERMEDAD GENERAL	I90X	4809280	2013-04-11	2013-04-15	5	8		534391
6239186	ENFERMEDAD GENERAL	I90X	5612000	2013-04-05	2013-04-07	3	3		

En este caso se trata del padecimiento de enfermedades diagnosticadas y en tratamiento desde fecha anterior a la suscripción del contrato (4 de junio de 2014) si bien es cierto que la aseguradora tuvo en sus manos los medios para comprobar el verdadero estado de salud de la asegurado, no es menos cierto que ante un padecimiento conocido plenamente y bajo el riesgo anterior al contrato, debió informarse sinceramente la situación de salud.

Alega la apoderada en su recurso de apelación que la aseguradora fue negligente en su actuar, por la sencilla razón, que estando en condiciones de indagar pues estaba autorizado para ello o corroborar la historia clínica del tomador, desde el mismo momento de la suscripción del contrato, se abstuvo de hacerlo, y contrario al principio de buena fe que debe regir en los contratos – art. 835 C. de Co.-, tan sólo cuando presentó oposición a la reclamación se percató de revisar el historial médico, sobre esto, a pesar de que en forma abundante fue puesto de presente al Despacho de primera instancia durante los alegatos, fue inadvertido y ni siquiera se percató de tenerlo en cuenta para proferir la decisión apelada, por lo menos para justificar las razones para no tenerlo en cuenta.

Esta superioridad le pone de presente a la parte apelante que el Art. 1158. Reza: "*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 de lugar.*"

Y al respecto de la carga de la declaración del estado del riesgo la doctrina, ha expuesto:

*"La carga de la declaración **del estado del riesgo es de la exclusiva incumbencia del tomador**. El asegurador no está legalmente obligado a controlar su fidelidad, a confrontar con la realidad los hechos o circunstancias declarados, a investigarlos superficial o exhaustivamente. Si lo hace, en ejercicio de una política técnico- comercial, en desarrollo de una función preventiva, su conducta no está ciertamente exenta de consecuencias jurídicas".*

"El asegurador debe conocer todas las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo. En todos los demás contratos, la verificación del estado del riesgo o condiciones del bien objeto de la contraprestación queda, generalmente librada a la diligencia de la parte interesada. Esta actividad del asegurador se hace imposible, no sólo por onerosa, sino también por incompleta: no está en condiciones de establecer por sus propios medios, por grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo"

La Corte Suprema de Justicia, también se ha pronunciado en lo referente a hasta dónde debe llegar la diligencia y cuidado del asegurador para conocer el estado del riesgo, lo siguiente:

"Esa extrema diligencia y cuidado, correspondiente a la culpa levísima, no se le impone al asegurador; su responsabilidad en este contrato, sólo llega hasta la llamada "culpa leve" (Art.63 C.C,) por consiguiente no es razonable imponer a una sociedad aseguradora el deber de verificar la sinceridad y exactitud de las declaraciones de un tomador del seguro haciendo indagaciones en las demás empresas dedicadas a la misma actividad mercantil, y no sólo a sus casas principales sino a la totalidad de las sucursales o agencias que tengan en el territorio nacional"

De todo lo anteriormente expuesto es claro, que no es obligación del asegurador, realizar ningún tipo de inspección del riesgo o practicar exámenes médicos al candidato del seguro, pues ni la ley, ni la misma jurisprudencia así lo han indicado.

Estando así el asunto, emerge claro que el señor JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, incurrió en reticencias o inexactitudes al momento de suscribir el contrato de seguros - póliza de Seguro de Vida /grupo deudores No. VGD 0110043, el día 4 de junio de 2014, con el fin de amparar la obligación No. 158-9603589215, al guardar silencio frente a las indagaciones de dicho formato sobre su estado de salud. De esta manera deberá entonces analizarse la causalidad de la misma, frente a la nulidad relativa del contrato de seguro, no solo desde la óptica del artículo 1058 del Código de Comercio, si no la interpretación que ha decantado la jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia de dicho aparte normativo.

Ante la comprobación de la reticencia o de las inexactitudes dentro de la declaración de asegurabilidad, frente a la declaración de la nulidad relativa del contrato, ha dicho la citada Sentencia lo siguiente:

"*3.2.3. Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. Ello ocurre, por una parte, cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo (artículo 1058, in fine, del Código de Comercio), no obstante, lo cual, aceptó celebrar el negocio aseguraticio. En este caso se entiende que ninguna dificultad avizoró para otorgar el consentimiento. Y por otra, cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente.*

Como tiene dicho esta Corporación, «no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (…) La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado.

(…) Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son «relevantes». Para la jurisprudencia constitucional, «siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo». En el mismo sentido esta Corporación al asentar:

«Ahora, es incuestionable que la ley no ha consagrado una pormenorizada relación de los hechos que determinan el estado del riesgo en el contrato de seguro (numerus clausus), sin que tampoco pueda pasarse por alto que las circunstancias que ofrezcan incidencia en un evento concreto, in casu, pueden carecer de ella en otro distinto. Por tal razón, compete al juez, en cada caso específico, dado que se trata de una quaestio facti, auscultar y validar, desde la óptica del singular contrato de seguro sub judice, cuáles acontecimientos fácticos pudieran interesar o incidir en el asentimiento del asegurador y cuáles no (juicio de relevancia o de trascendencia) (…)» Lo dicho implica demostrar la reticencia o inexactitud. Igualmente, la incidencia de los vicios en el consentimiento. Esto último sin aquello, desde luego, no es posible ponderar. Se trata, entonces, de requisitos que se encadenan. De ahí que también se debe probar cómo el asegurador, en el caso de haber conocido la información ocultada, tergiversada o falseada, se habría «retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas» (artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio).

3.2.5. La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción. (…) El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador. Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato». Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento. (…)

De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención. Otras, por cuanto conocidas, real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, con todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. (…)

La trascendencia dicha, desde luego, no puede confundirse con el nexo causal del hecho que causa el siniestro (…) «no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro» . Empero, que la reticencia o inexactitud se relacione o no con el hecho del infortunio, es algo totalmente distinto a la magnitud de la falta. Según la incidencia que haya tenido en el consentimiento, al fin de cuentas, es lo que va a determinar la nulidad relativa. (….)

3.2.7. Para finalizar, la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. (…) también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bonna fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida.

2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecuencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. (…) 5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela.

(….) «Resulta tan significativo lo expuesto en los párrafos anteriores, que si la (…) aseguradora –en su oportunidad- hubiera conocido los (…) hechos alusivos al riesgo, muy seguramente, dependiendo de su fuerza intrínseca, de su adecuación causal, se hubiera abstenido de contratar o, por lo menos, no en las mismas condiciones económicas, criterio (…) prohijado por la codificación comercial para establecer, a manera de 'prognósis póstuma', si en efecto las reticencias o las inexactitudes en que haya incurrido el otrora candidato a tomador, conforme a las circunstancias, fueron determinantes de cara al juicio volitivo realizado por el asegurador, situación frente a la cual, en caso afirmativo, será procedente la declaratoria de la nulidad (…).

«(…) Establecido lo que precede (…), se torna imperativo registrar que, en la legislación colombiana, per se, no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (…). De ahí que en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello (…) abrirse paso la anulación (…), dado que en punto tocante con vicisitudes advertidas -o advertibles- por la entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo aseguraticio (…) el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción ex lege asignada a las prenotadas reticencia o inexactitud: la nulidad relativa (…)» dijo la homóloga constitucional:

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

En cuanto a lo alegado en el recurso de alzada sobre la excepción denominada "**Recibos de pago de manera legítima y cobro de lo no debido**" declarada también probada, debemos decir, que no era procedente declarar la nulidad relativa del contrato de seguros, y como consecuencia de ello; los dineros recibidos por la entidad bancaria con posterioridad a la fecha de estructuración de la invalidez de mi representado si deben ser devueltos, atendiendo, que en claro cumplimiento a las condiciones pactadas en el contrato de seguro, BBVA Seguros deberá asumir en favor del Banco BBVA, el saldo insoluto de la obligación contraída por el demandante y así dar por saldada totalmente la deuda, en esa medida, las cuotas pagadas con posterioridad a esa fecha, deberán reintegrarse al señor José Dolores

pues no habría razón para efectuar su pago y actuar en forma contraria constituiría un enriquecimiento sin casusa para la entidad bancaria.

Es claro que el BBVA COLOMBIA, recibió los pagos realizados por el demandante de manera legítima, además no está obligado a pagarle al demandante intereses moratorios sobre la suma correspondiente a la indemnización por el siniestro, predicado por la parte demandante en el libelo de su demanda, atendiendo a que el que el señor JOSE DOLORES ONATE RASGO, en su calidad de deudor del BBVA COLOMBIA, pago las cuotas periódicas de su crédito, tal como se contempló en el pagare o titulo valor suscrito por él, e igualmente es preciso indicar que el contrato suscrito por el señor JOSE DOLORES ONATE RASGO con la compañía aseguradora BBVA COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., es un contrato accesorio con relación al crédito, y este no lo libera de su obligación de pago sino hasta la fecha en que dicha compañía acepte el siniestro y lo indemnice.

Por lo anterior, no es de recibo para esta superioridad lo alegado por la parte apelante y por el contrario le asiste razón al A-quo en declararlas probadas.

Teniendo en cuenta los apartes jurisprudenciales, es clave precisar, tal como ya se dijo, que en efecto el tomador JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, incurrió en inexactitudes respecto de sus precedentes médicos, al guardar silencio y negar las condiciones médicas en las que se encontraba inmersa, de modo, que por no cumplir la parte demandante con los elementos axiológicos para que pueda declararse responsabilidad contractual en cabeza de la aseguradora demandada y además por resultar probada la conducta reticente de la asegurada al momento de la suscripción del contrato de seguro, como acabó de explicarse, no le asiste ninguna razón en los argumentos del recurso de alzada, por lo que habrá de confirmarse la decisión atacada.

Por consiguiente, se confirmará la providencia apelada proferida en fecha 20 de febrero de 2020, proferida por el Juzgado Tercera Civil Municipal de Valledupar, en la cual declara PROBADA la excepción de nulidad relativa del contrato de seguros por reticencia, al igual que la excepción denominada recibo de pago de manera legítima y cobro de lo no debido y condeno en costas a la parte demandante fijando como agencias en derecho la suma de OCHOCIENTOS MIL PESOS ($800.000).

Fijando como agencias en derecho en esta instancia, la suma de UN (01) SALARIO MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE, conforme al Acuerdo 10554 del 5 DE AGOSTO DE 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

Por lo expuesto el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar, Cesar,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida por el Juzgado Tercera Civil Municipal de Valledupar, emitida el veinte (20) de febrero de dos mil veinte (2020), conforme a lo motivado.

SEGUNDO. CONDENAR en costas a la parte recurrente vencida demandante JOSE DOLORES OÑATE RASGOS, Fijar como agencias en derecho la suma de UN (01) SALARIO MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE. Practíquese por secretaria la liquidación de costas correspondiente.

TERCERO. Remítase el expediente al juzgado de procedencia.

Firmado Por:

German Daza Ariza

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 002

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: **fd6a20baa5a7f799f9b0bfb4a6edd6c090ac53e2fa8bd78de5f211e622f9b40b**

Documento generado en 05/09/2023 08:42:27 AM

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