

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO JUZGADO DIECISIETE (17) CIVIL MUNICIPAL

Cra. 10 n° 14-33 Piso 7 Edificio Hernando Morales Molina
Tel. 3410678. Email: cmpl17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá, D.C., treinta y uno (31) de mayo de Dos Mil Veintidós (2022).

RAD. 11001 - 40 - 03 - 017 - 2019 - 00081 - 00

Tal como se anunció por auto del 27/09/2021 ^(pdf 04), debidamente ejecutoriado, se procede a dictar sentencia anticipada en esta causa judicial promovida por María Sara Mogollón en contra de Seguros Bolívar S.A.

ANTECEDENTES

De la reforma a la demanda inicialmente formulada se sigue que la accionante busca principalmente la declaratoria de responsabilidad civil contractual de la aseguradora por el incumplimiento en el pago de la prestación derivada de la póliza de vida Grupo Deudores No. DE - 45155 por incapacidad total y permanente y, en consecuencia, se condene a la pasiva a pagar a la demandante \$72.000.000 más los intereses moratorios.

Que, al no acceder a las pretensiones principales, subsidiariamente pide se condene a la aseguradora a pagar al Banco Davivienda S.A. la suma de \$72.000.000 más los intereses moratorios.

El soporte fáctico de lo pedido se centra en que el Banco Davivienda S.A. prestó a la accionante la suma de \$21.757.359,33 y, en virtud de tal crédito, la entidad financiera tomó con Seguros Bolívar S.A. un contrato de seguro de vida para amparar la muerte y/o incapacidad total y permanente de la demandante, correspondiendo a la póliza DE - 45155, para lo cual suscribió el formulario de declaración de asegurabilidad.

Narró la libelista que, posterior a ese suceso, el Banco Davivienda S.A. le prestó más dinero a la demandante hasta llegar a un valor total de \$71.648.238 por concepto de las deudas a cargo de la demandante y a favor de ese banco, siendo incluido ese valor como el monto asegurado en el contrato de seguro.

Dijo que la demandante fue calificada con una pérdida de capacidad laboral igual al 100% por autoridad competente, lo que dio lugar a que la Secretaría Departamental de Educación de Boyacá, como empleadora de la accionante, le reconociera pensión de invalidez mediante la Resolución No. 001818 del 06/03/2017, fundamento por el cual elevó reclamación ante la entidad financiera que, a su vez, remitió la misma a la compañía de seguros.

Informó que Seguros Bolívar S.A. negó la reclamación, situación que llevó a intentar audiencia de conciliación ante la Personería Distrital de Bogotá D.C., celebrada el 24/04/2018, pero la misma se declaró fracasada; no obstante, la accionante «*procedió a efectuar el pago del saldo insoluto de la obligación mutuaría a la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral, es decir, para el [07/01/2017]*» generándose el efecto de la subrogación legal a favor de la aquí demandante.

Como pruebas documentales adosó (i) la declaración de asegurabilidad diligenciada el 17/06/2013, (ii) el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral, (iii) los certificados del contrato de seguro de vida, (iv) la objeción de la reclamación, (v) la petición para obtener la certificación de deudas en el Banco Davivienda S.A. y (vi) la constancia de no acuerdo conciliatorio.

También solicitó la declaración juramentada del vocero legal de la demandada y el testimonio del representante del Banco Davivienda S.A., así como prueba por informe a cargo de esta última.

ACTUACIÓN PROCESAL

La demanda se radicó el 30/10/2018 (p. 42 pdf 01), correspondiendo por reparto a esta sede judicial, quien mediante auto adiado al 15/02/2019 (p. 45 pdf 01) resolvió admitir la misma para su trámite, notificándose personalmente de tal decisión el apoderado judicial de la demandada el 18/10/2019 (p. 53 pdf 01) quien oportunamente contestó la demanda inicial formulando excepciones de mérito aportando pruebas documentales, solicitando la práctica de testimonios y exhibición de otros documentos, así como la declaración de la demandante (p. 60-115 pdf 01).

Posteriormente, la libelista presentó reforma de la demanda (p. 122-128 pdf 01), la cual se inadmitió por auto del 14/08/2020 (p. 131 pdf 01), siendo subsanada debida y oportunamente (p. 132-137 pdf 01), razón por la cual se dispuso su admisión por auto del 27/11/2020 (p. 143 pdf 01), providencia notificada por anotación en estado a la pasiva, quien oportunamente contestó la reforma a la demanda (pdf 02), ordenándose correr traslado de las excepciones de mérito a la demandante por auto del 11/06/2021 (p. 6 pdf 03), recorriéndose oportunamente los argumentos exceptivos (p. 7-12 pdf 03).

Vencidos los términos de traslado de la demanda y de las excepciones, por auto del 27/09/2021 (pdf 05) se anunció que se dictaría sentencia anticipada por carencia de debate probatorio a adelantarse en vista pública, quedando debidamente ejecutoriada la decisión.

DEFENSA DEL DEMANDADO

El abogado de la defensa aceptó los hechos relativos a la existencia del contrato de seguro, precisando que la demandante «*ingresó como asegurada a Seguros Bolívar (S.A.) en junio de 2016*»; que la declaración de asegurabilidad «*no fue*

diligenciada de forma sincera y completa por la (demandante), lo cual generó la nulidad relativa del contrato de seguro» y que al momento del segundo crédito otorgado por el Banco Davivienda S.A. la demandante respondió que no tenía préstamos previos con esa entidad bancaria, además de negar que existiera subrogación alguna.

Aclaró que *«la declaración de asegurabilidad fue suscrita el [30/06/2016]»* en la cual la demandante señaló que (a) *«no tenía ningún préstamo anterior o adicional para ese momento con (el Banco) Davivienda»*, (b) su estado de salud era *«normal»*, sin que padeciera de alguna enfermedad crónica ni se encontrara en *«estudio médico por afecciones a (su) estado de salud»*; (c) no sufría de ninguna enfermedad congénita, del corazón, de las arterias, aneurismas celebrables o de otras arterias, cáncer, entre otras; (d) no estaba en tratamientos o intervenciones quirúrgicas por causa de alguna de esas patologías o cualquier otra enfermedad; (e) carecía de síntomas, enfermedades crónicas o adicciones; (f) no tenía limitación física ni mental y (g) sus actividades, ocupaciones y trabajos se enmarcan en la ley sin que exista proceso o sentencia por delitos.

Sin embargo, puntualizó y reiteró que la demandante *«tenía antecedentes médicos de gravedad que no fueron informados a Seguros Bolívar, configurándose de esta manera las figuras de preexistencia y nulidad del contrato de seguro por reticencia»*.

Alegó como excepción de mérito **(a)** *«la falta de legitimación en la causa por activa»* diciendo que el único beneficiario de la póliza es el Banco Davivienda S.A. y no la aquí promotora, por lo que es el banco quien *«tiene el derecho a recibir el pago del valor del seguro»*, toda vez que el seguro es tomado por la entidad financiera para *«proteger su patrimonio o garantizar el pago de obligaciones dinerarias en el evento en el que fallezca el deudor principal de la obligación o este sufra una incapacidad total y permanente»*.

También propuso la excepción de **(b)** *«ausencia de subrogación»* bajo la tesis de que *«la parte demandante (...) no es un tercero (porque) es la propia deudora de la obligación que pagó y (...) no es una compañía de seguros que ha emitido y pagado una póliza de daños»*.

Igualmente presentó la exceptiva que denominó **(c)** *«preexistencia»* que es un *«impedimento insuperable para el pago de la indemnización solicitada por la actora»* porque esta última sufrió de *«cáncer de tiroides – tumor maligno de tiroides, carcinoma papilar de tiroides con tratamiento quirúrgico, hemitiroidectomía derecha y tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar»* (desde) antes de que empezara la vigencia de la póliza expedida por Seguros Bolívar como se observa en la historia clínica de la (demandante) por lo que *«para el momento en que (la demandada) asumió el riesgo, este ya existía»* pues data de febrero y abril de 2013, puntualizando que *«no puede haber cobertura cuando el siniestro se deriva de esas condiciones preexistentes»* porque *«el riesgo (...) es un hecho futuro e incierto que no depende de la voluntad del tomador o asegurado»*.

Resalto que esas enfermedades «*eran perfectamente conocidas por la misma asegurada, razón por la cual las pólizas contratadas no otorgaron cobertura frente al siniestro derivado de esas patologías preexistentes*» fundamento para destruir la acción impetrada.

En el mismo sentido propuso las exceptivas de **(d)** «*nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud*» y **(e)** «*violación del principio de buena fe que rige el contrato de seguro*» resaltando que la demandada no informó sincera y completamente su estado de salud al momento de iniciar el contrato de seguro generando la nulidad del mismo, máxime si la accionante «*negó que sufriera de los padecimientos que para esos momentos ya la afectaban*» lo que era «*de enorme importancia*» porque a partir de ello la demandada aceptaría el riesgo o no, pues si esta última hubiera conocido esa situación «*se hubiese abstenido de celebrar el contrato de seguro o hubiese estipulado condiciones más onerosas*», además de que la demandante respondió que no tenía prestamos con el Banco Davivienda S.A. para el 2016 «*cuando se le preguntó en la declaración de asegurabilidad*», pero en la demanda confiesa que desde el 2013 tenía créditos con ese banco, aspectos que desconocen el principio de ubérrima buena fe.

Otro argumento de la defensa fue la exceptiva de **(f)** «*prescripción*» bajo el entendido de que la demandante tenía dos (2) años para ejercer la acción judicial desde el momento en que conoció o debió conocer del hecho o a lo mucho cinco (5) años desde que efectivamente ocurrió el hecho.

Finalmente, alegó la excepción **(g)** «*genérica*» pidiendo que se declare cualquier otra que se encuentre debidamente probada.

Como pruebas documentales adosó (i) el certificado individual de seguro de vida, (ii) la objeción a la reclamación y (iii) los extractos de la historia clínica de la demandada, pidiendo la declaración juramentada de ella junto con la exhibición de su historia clínica, así como la declaración de la misma demandada y el testimonio del médico Camilo Andrés Méndez Cruz como experto en el tema.

Sobre el juramento estimatorio afirmó que en el mismo se tuvo en cuenta «*un valor que surge de un contrato viciado de nulidad*» conteniendo intereses «*que legalmente no se han generado*», siendo los mismos inexactos y sin sustento.

RÉPLICA DE LA DEMANDANTE

La libelista expuso que, si la accionante pagó la obligación a cargo del asegurador demandado, consintiendo este tácitamente en ello, es pertinente hablar de subrogación porque la compañía demandada tenía la obligación de pagar el saldo insoluto de la obligación como deudor principal en virtud de la póliza «*desplazando de esta manera (...) al deudor mutuario inicial*», toda vez que a partir del siniestro acaecido nació «*para el asegurador demandado la obligación principal de pagar al Banco Davivienda el saldo insoluto de la*

obligación mutuaría a la fecha del siniestro», sirviendo de base para refutar tanto lo alegado respecto a la legitimación en la causa por activa como lo concerniente a la subrogación.

Manifestó que la preexistencia es propia de los contratos de medicina prepagada más no para los seguros de vida por cuanto debió existir un examen médico previo que determinara las patologías, lo que aquí no sucedió, ni se estipuló en el clausulado del contrato.

Sobre la nulidad relativa y la afectación a la buena fe, precisó que era el Banco Davivienda S.A. quien debía verificar el verdadero estado del riesgo, toda vez que la *«declaración de asegurabilidad (...) fue rendida por la demandante en su carácter de asegurada, en virtud de la delegación que para el efecto realiza el banco tomador del seguro»*, por lo que en caso de reticencia no hay nulidad relativa y aquella se presenta *«error inculpable al tomador»*. Incluso, manifestó la libelista, el asegurador tenía acceso a la historia clínica de la accionante, por lo que *«estuvo en posición de conocer los vicios»*, siendo dicha actividad investigativa lo que le hubiera dado *«certeza»* del estado de salud de la asegurada *«y no esperar al momento de cumplir con su obligación contractual para pedir copia de la historia clínica y de esta manera buscar la forma de eludir el pago»*, lo que *«constituye un acto de deslealtad y mala fe contractual»*.

Sobre este punto dijo que la nulidad relativa prescribió por cuanto entre la fecha en que se hizo la reclamación, es decir, el 14/03/2017, hasta la fecha en que se alegó la exceptiva que fue el 21/10/2019 pasó más de dos (2) años para alegarla e incluso desde la fecha de suscripción del contrato de seguro que fue el 13/06/2013 también se encontraría fenecido el término prescriptivo extraordinario de la acción de nulidad relativa.

Sobre la prescripción de la acción impetrada dijo que la misma carece de argumentación, por cuando se presentó la solicitud de conciliación prejudicial en derecho en término legal, debiéndose descontar el tiempo entre ese suceso y la radicación de la demanda por lo que, en todo caso, no se extinguió el derecho de acción.

Sobre la objeción al juramento estimatorio dijo que los argumentos de la objeción son insuficientes para el fin propuesto porque *«se trata de un valor pactado contractualmente y uno intereses determinados por la ley»*.

Finalmente, sobre las pruebas solicitó negar la declaración de la demandante, así como la exhibición de documentos por improcedente, máxime si la historia clínica ya reposa en el expediente.

CONSIDERACIONES

Visto todo en conjunto se encuentra que este despacho es competente para conocer la causa, la demanda se formuló en debida forma, las partes tienen plena capacidad procesal, se encuentran debidamente representadas, los abogados de ambos extremos procesales tienen sus inscripciones vigentes, el

debate probatorio se encuentra concluido y no existen irregularidades que sean suficientes para declarar la invalidez de lo actuado, presupuestos procesales que permiten decidir de fondo.

A efectos de fijarse el litigio debe decirse que se encuentra probado lo relativo a la existencia del contrato de seguro que es objeto material del litigio con sus correspondientes anexos (p. 21-34; 79-90 pdf 01; p. 28-40 pdf 02), las declaraciones de asegurabilidad suscritas por la demandante el 17/06/2013 (p. 10 pdf 01) y 30/06/2016 (p. 78, 109 pdf 01; 59 pdf 02), la pérdida de capacidad laboral de la demandante calificada por autoridad competente el 10/06/2016 (p. 11-20; 93-102 pdf 01; p. 43-52 pdf 02), la reclamación presentada por la accionante ante la compañía de seguros (p. 106-107 pdf 01; p. 56-57, 63-65 pdf 02) y su objeción (p. 35-36; 91-92; 103-104; 113 pdf 01; p. 41-42 pdf 02), así como la historia clínica de la demandante (p. 73-395 pdf 02), toda vez que esos documentos no fueron desconocidos ni tachados de falsos por las partes en las oportunidades respectivas, presumiéndose los mismos auténticos y válidos desde la óptica probatoria (art. 244 CGP).

La atención de esta sede judicial debe centrarse en indagar sobre el reconocimiento a la demandante del derecho a reclamar para sí o para el banco en donde tenía su crédito la respectiva indemnización a cargo de la compañía de seguros demandada en virtud de la póliza existente y como consecuencia de la pérdida de su capacidad laboral debidamente certificada o, en su defecto, si operó el fenómeno de la subrogación.

En primer lugar, el contrato de seguro es un acuerdo bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo (art. 1036 CCo.) en el cual el riesgo o probabilidad de que suceda un infortunio juega un papel trascendental porque a partir de ello se determinan las condiciones, límites y términos en los cuales el asegurador indemnizará al asegurado por el daño ocasionado o los efectos patrimoniales derivados, existiendo un amplio catálogo enunciativo de tipos de seguros, entre los que se destaca para este análisis judicial el denominado «*seguro de vida grupo deudores*» o también llamado «*seguro de personas*» que es definido concretamente como aquel que:

«(...) permite a un tomador (...) asegurar un número indeterminado de personas (...) acuerdo que origina tantos convenios como amparados integren el grupo correspondiente, formalizándose la aceptación de cada uno de sus miembros mediante la expedición del llamado “certificado individual de seguro” expedido por el “asegurador” y, por lo general, previo el diligenciamiento por el cliente de la “declaración de asegurabilidad” que se extiende en un formato preparado por la empresa “aseguradora”»¹.

Resulta trascendente para el vínculo jurídico analizado aquella «*declaración de asegurabilidad*» porque es en ese documento que el cliente, asegurado o quien finalmente es fuente del riesgo informa a la compañía de seguros sobre su situación y contexto personal, jurídico, médico y social para que la

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 25 de mayo de 2012. Ponente: Ruth Marina Díaz Rueda. Expediente 05001-31-03-001-2006-00038-01.

aseguradora determine la viabilidad de asumir dicho riesgo (art. 1058 CCo.), datos que deben ser impuestos en el formato diseñado sin malicia alguna en aras de garantizar y maximizar uno de los postulados que rigen los actos jurídicos, la buena fe (art. 871 CCo.) y, más aún, en los contratos de seguros, al respecto dijo la Corte Suprema de Justicia que:

«En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como ubérrima bona fidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su inmediatez con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante»².

Pero no puede atribuírsele al tomador o asegurado toda la carga demostrativa de su contexto para determinar el grado de riesgo que representa de cara a las eventualidades amparadas, pues la buena fe también se predica del asegurador, quien por su profesión calificada debe desplegar una conducta activa en aras de verificar la certeza de la simple manifestación presumiblemente sincera de quien diligencia la proforma, en palabras de la Corte:

«Al interprete del contrato corresponde evaluar cuidadosa y muy racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial (...) con el propósito de establecer “en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstancias determinantes del estado del riesgo y, en segundo término, solo en caso de que sea conducente, si no obstante de existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador conoció o debió conocer -por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron de apoyatura, todo sin perjuicio de la carga de la prueba (...), hipótesis estas que para su comprobación reclaman: ben juicio y sindéresis»³

No puede significar lo anterior que el tomador o asegurado malicioso que miente en su declaración a sabiendas de circunstancias concretadas que pueden modificar el asumir el riesgo por el asegurador, quede sin más relevado de su misma culpa para trasladarla a la compañía de seguros, pues más que injusto sería darle beneficio a quien intencionalmente falsea algo que sabe en perjuicio de los intereses del otro:

«La esencia de todo está en la declaración de asegurabilidad, por cuya virtud se hace el asegurador a la información atinente a las circunstancias que afectan el estado del riesgo, la asunción del mismo y el cálculo de la prima se apoyan en la que allí brinde el tomador, quien (...) tal carga de lealtad hace

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC3791-2021 del 1 de septiembre de 2021. Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona. Expediente 20001-31-03-003-2009-00143-01.

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil y Agraria. Sentencia del 26 de abril de 2007. Ponente: Manuel Isidro Ardila Velásquez. Expediente: 11001-31-03-022-1997-04528-01.

ecuación con el deber de información a que la par gravita también en el asegurador, el que, entonces, dado su profesionalismo en el seguro está llamado a orientar al tomador en esa fase de conformación, de suerte que por cuenta de ello considera la ley que adquiere un conocimiento presuntivo del riesgo, sin que, desde luego, esto signifique que por ese conducto ha de entenderse enterado de los aspectos que desbordan los confines de esas indagaciones, sobre los cuales, es natural, no hay lugar a suponer ese conocimiento»⁴.

En últimas, la regla jurisprudencial que hace las veces de doctrina probable adoptada por el máximo órgano judicial en lo ordinario dispone que ciertamente «ninguno de los contratantes, mientras estuvo a su alcance, puede recargarse en el otro para evadir la responsabilidad» y, particularmente, lo «relacionado con el estado de salud del potencial asegurado, por demás comprobable, el tomador debe declararlo sinceramente conforme al cuestionario propuesto y, a la aseguradora, valorarlo a efectos de decidir si prescinde o no del examen médico»⁵.

Sobre este punto, se evoca lo dicho por la Corte Constitucional en sede de revisión de tutela que sirve de fundamento auxiliar de esta decisión, según lo cual:

«(i) Los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; (ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; (iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso (iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia»⁶ (negrilla acá).

⁴ *Ibidem*.

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC3791-2021 del 1 de septiembre de 2021. Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona. Expediente 20001-31-03-003-2009-00143-01.

⁶ Corte Constitucional. Sala Novena de Revisión. Sentencia T-393 del 30 de junio de 2015. Ponente: Myriam Ávila Roldán. Expediente T-4364909.

Bajo el principio *onus probandi* que rige la carga demostrativa del juicio en el que se ventila la acción directa, legalmente le corresponde al asegurador demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad porque al existir un contrato de seguro y un siniestro, ciertamente a quién más le conviene buscar elementos para que quede extinta cualquier obligación a su cargo es al mismo asegurador (inc. 2° art. 1077 CCo.; art. 1757 CC).

En segundo orden, en línea de análisis, la nulidad relativa como fenómeno que invalida un contrato, pero resulta subsanable, se estructura sobre cuatro hipótesis demarcadas en la norma mercantil, a saber: (i) la inexactitud o reticencia en la declaración del estado de riesgo que resultaría determinante al momento de celebrarse el contrato (art. 1058 CCo.), (ii) el incumplimiento de garantía coetáneas a la celebración del contrato (art. 1061 *ibidem*); (iii) el sobre seguro con intención fraudulenta (art. 1091 *ibid.*) y (iv) la ausencia con malicia de notificación de la coexistencia de seguros al asegurador (art. 1076 *ib.*), llamando la atención la primera de dichas hipótesis.

Aunque jurisprudencialmente tanto reticencia como inexactitud tienen equivalencia funcional porque generan un vicio en el consentimiento del asegurador, ciertamente aquella alude a la «*omisión, ausencia de expresión, ausencia de manifestación de cosas que deben ser manifestadas o que fueron manifestadas incompletas, distorsionadas o confusas*», mientras que en el segundo término se hace alusión a la «*manifestación errónea o contraria a la verdad que varía la realidad física de los hechos*»⁷, es decir, en la reticencia se calla en todo o parte, en la inexactitud se adultera la realidad.

Sea que exista reticencia porque no se dijo o inexactitud porque se distorsionó, resulta menester que esas imprecisiones sean relevantes o trascendentes al punto de generar un vicio supremo en el querer del asegurador porque:

«De acuerdo con 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»⁸.

Sobre ese mismo punto, debe precisarse que conforme a la jurisprudencia constitucional adoptada tanto por la Corte Constitucional como por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, cuando se trata de seguros de

⁷ Ordoñez O., Andrés (2008). *Lecciones de derecho de seguros. Tomo III: Las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguros y la inoperancia del contrato de seguros*. Ed. Universidad Externado de Colombia, Bogotá, pág. 21.

⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC5327-2018 del 13 de diciembre de 2018. Ponente: Luis Alonso Rico Puerta. Expediente 68001-31-03-004-2008-00193-01.

vida -como es este el caso- y se alega la reticencia, le corresponde a la aseguradora «demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente» y, además, «tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador»⁹.

En esos términos, fluye la conclusión de que la aseguradora debe probar (i) la preexistencia, (ii) la omisión o distorsión de los datos en la declaración de asegurabilidad por el tomador o asegurado y (iii) la mala fe este último quien tuviera certeza previa sobre esas imprecisiones, elementos concurrentes que llevarían a destruir las expectativas del reclamante y eximir de responsabilidad a la compañía de seguros.

Concretando todo ese análisis al caso subjudice, obsérvese que en el expediente obran dos declaraciones de asegurabilidad suscritas por la aquí demandante en calidad de asegurada el 17/06/2013 (p. 10 pdf 01) y 30/06/2016 (p. 78, 109 pdf 01; 59 pdf 02), las cuales se encuentran relacionadas con la póliza DE – 15155 que cubría los créditos 05917176001011617 (p. 21 pdf 01) y 05917176001011625 (p. 22 pdf 01) respectivamente cuya vigencia en uno u otro caso estaba sometida a la «fecha de desembolso del crédito por parte de Davivienda y previo cumplimiento de los requisitos exigidos por la aseguradora (sic)», siendo valor de ambas deudas la suma de \$71.648.238.

En este punto, se advierte que no le asiste razón a la compañía de seguros cuando dice que la demandante ingresó a Seguros Bolívar S.A. únicamente hasta junio de 2016 porque, se itera, la evidencia documental que no fue desconocida ni tachada de falsa, habla de que en virtud del crédito número 05917176001011617 a favor del Banco Davivienda S.A. ya existía un contrato de seguro desde el 17/06/2013 (p. 10; 21 pdf 01), solo que posteriormente la demandante obtuvo un nuevo préstamo con el mismo Banco Davivienda S.A. correspondiendo al número 05917176001011625 con fecha de la declaración de asegurabilidad del 30/06/2016 (p. 22, 78, 109 pdf 01; 59 pdf 02), siendo esta última en la cual se enfocó la defensa de la compañía demandada.

Ahora bien, en ambas declaraciones de asegurabilidad la aquí demandante como asegurada manifestó que su estado de salud era «normal», no padecía de ninguna enfermedad crónica ni se encontraba en estudios para determinar afecciones en su salud, además que no tenía enfermedades congénitas, del corazón, tensión arterial, cáncer, diabetes, hepatitis, entre otras, sin que para alguna de esas fechas estuviera pendiente alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico para esas enfermedades.

Por otro lado, se tiene que en la Clínica Santa Teresa de Tunja se diagnosticó a la demandante con «nódulo sólido derecho de tiroides», se le practicó una tiroidectomía subtotal bilateral el 16/02/2013 (p. 95 pdf 02) y se remitió al Instituto Nacional de Cancerología en donde fue atendida el 16/04/2013 (p. 100 pdf 02)

⁹ Corte Constitucional. Sala Quinta de Revisión. Sentencia T-282 del 1º de junio de 2016. Ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. Expediente T-5357716. Adoptada por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil en sentencias STC3465-2020 del 27 de mayo de 2020 con ponencia de Octavio Augusto Tejeiro Duque y SC3791-2021 del 1 de septiembre de 2021 con ponencia de Luis Armando Tolosa Villabona.

siendo diagnosticada con carcinoma de tiroides tipo folicular mínimamente invasivo, detallando que el 30/04/2013 (p. 107 pdf 02) se le practicó una ecografía en la que se encontró un «*nódulo de 9 mm con calcificación y distróficas en relación a granuloma*», reiterándose en consulta del 29/07/2013 (p. 109 pdf 02) que padecía de carcinoma folicular de tiroides mínimamente invasivo, por lo que se le ordenó tiroidectomía residual, la cual le fue realizada el 29/10/2014 (p. 138 pdf 02), pero aún para el 04/05/2015 (p. 159 pdf 02) presentaba el mismo diagnóstico, al punto que la Junta de Tiroides le indicaron manejo adyuvante con yodo 131.

Posteriormente, se observa que en la Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital de San José se atendió a la paciente el 01/03/2016 (p. 180 pdf 02) detallando que ella seguía sufriendo la misma enfermedad, y para el 21/04/2016 tenía «*riesgo intermedio de recaída*», mientras que 10/05/2016 (p. 198 pdf 02) la Junta Médica de Tiroides de dicha institución consideró que la paciente presentó un «*adenoma paratiroideo*», lo que se confirmó en examen de medicina nuclear que concluyó un «*adenoma paratiroideo cervical inferior derecho*» (p. 206 pdf 02), lo que incluso llevó a que el 13/10/2016 (p. 283 pdf 02) se dictaminara «*metástasis ganglionares de cáncer folicular de tiroides*».

Por demás, no puede pasarse por alto que en el dictamen de primera oportunidad de pérdida de capacidad laboral se determinó que el diagnóstico o motivo que llevó a dicho acto fue el «*carcinoma de tiroides*» y «*distonía crónica*», lo que llevó a precisar una ausencia de su capacidad laboral en 100% (p. 12-15; 17-20; 93-102 pdf 01; p. 43-52 pdf 02).

De este análisis probatorio se puede concluir fácilmente que la demandante en su calidad de asegurada conocía de antemano, con suficiencia y detalle que padecía de un cáncer o carcinoma de tiroides a la fecha de suscribir ambas declaraciones de asegurabilidad, sin que en ningún momento haya manifestado o advertido que lo allí inscrito no correspondía con la realidad, era inexacto y, además, ocultó injustificadamente esos datos.

Si bien la buena fe se presume tanto en rango constitucional como legal y convencional, el hecho de que la accionante supiera certeramente de su estado de salud y no lo informara a la compañía de seguros ni advirtiera siquiera un breve indicio de sus achaques médicos es una actitud maliciosa que contraría el postulado máximo que rige el mundo de los seguros, bajo el cual se debe actuar sinceramente para que se tengan elementos de juicio claros al momento de asumir el riesgo.

No puede pasarse por alto que la compañía de seguros omitió realizar el examen médico preventivo y realizar las averiguaciones del caso, tal como advirtió el libelista al descorrer el traslado de las excepciones, pero ese despiste o conducta pasiva no puede dar paso a que se desconozca la forma como actuó en su momento la demandante, quien -se itera- sabía con certeza y detalle su infortunio, pero lo calló.

Ese silencio injustificado de la demandante fue de tal relevancia que por obvia y lógica razón hubiera cambiado la decisión de la compañía de seguros o, a lo

sumo, variado las condiciones onerosas de la póliza, lo que es entendible en este caso si se tiene en cuenta que la enfermedad que padecía la promotora era tan gravosa que incluso perduro en el tiempo por más de tres años hasta que fue calificada con pérdida de capacidad laboral debido a esa patología, siendo así un elemento que aumenta el riesgo en el azar del seguro.

Bastan estos argumentos sucintos, analíticos y claros para negar las pretensiones de la demanda por cuanto emergen claramente los argumentos exceptivos formulados por la defensa denominados «*preexistencia*», «*nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud*» y «*violación del principio de buena fe que rige el contrato de seguro*» que se sustentan en el material probatorio existente en el expediente, sin que sea necesario entrar a analizar las demás excepciones de mérito formuladas (art. 282 CGP).

Finalmente, si bien la demandante estimó bajo juramento la cuantía reclamada (p. 134 pdf 01) y la demandada formuló objeción frente a la misma (p. 21 pdf 02), lo cierto es que no podrá haber sanción alguna a la accionante a pesar de la negativa de las pretensiones porque aquí no se estudió nada respecto de los perjuicios alegados ni tampoco se determinó su monto (art. 206 CGP).

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO DIECISIETE (17) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justifica en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley

RESUELVE

PRIMERO. DECLARAR probadas las excepciones de mérito denominadas «*preexistencia*», «*nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud*» y «*violación del principio de buena fe que rige el contrato de seguro*» conforme lo expuesto en la parte considerativa de esta decisión.

SEGUNDO. NEGAR íntegramente todas las pretensiones de la demanda por lo expuesto en la motivación de esta decisión.

TERCERO. CONDENAR a la demandante al pago de costas causadas dentro del proceso (num.1° art. 365 CGP). *Liquidense por secretaría.*

CUARTO. FIJAR como agencias en derecho a cargo de la demandante la suma de \$ 4000.000,00 (num. 4° art. 366 CGP; (i) inc. 2° num. 1° art. 5° del Acuerdo PSAA16-10554 de 2016).

QUINTO. ARCHIVAR el expediente, previas anotaciones de rigor e incluyendo los datos del mismo en el sistema estadístico judicial.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE,

Estado No.22 del 01 /06/2022 Andrea Paola Fajardo Hernández Secretaria
--

MILENA CECILIA DUQUE GUZMÁN

LA JUEZ

Firmado Por:

Milena Cecilia Duque Guzman
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 017
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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: **83613a4572554e01a54196a192f1c66d69098b6f5f94a71851d5b409fe8c8302**

Documento generado en 31/05/2022 04:49:03 PM

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