REPÚBLICA DE COLOMBIA

JUZGADO DIECISÉIS CIVIL DEL CIRCUITO
Bogotá D.C., siete (7) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Expediente: 2019-0826-01

Procede el Despacho a decidir el recurso de apelación interpuesto por los demandantes contra la sentencia proferida por el Juzgado 49 Civil Municipal de esta ciudad el 7 de diciembre de 2020, dentro del proceso de la referencia.

I. ANTECEDENTES

1. Pretensiones: Actuando a través de apoderado judicial Daniela Rodríguez Franco y Carolina Romero Quito en representación de la menor Valeria Rodríguez Romero formularon demanda de incumplimiento de contrato, pretendiendo que se declare que Allianz Seguros de Vida S.A. es responsable del incumplimiento del contrato de seguro de vida grupo N°22154414, cuyo tomador es la firma VR Ingeniería y Mercadeo LTDA y como consecuencia de ello, se le condene a pagar las sumas de dinero correspondientes al valor asegurado por el siniestro de muerte del asegurado John Freddy Rodríguez García.

2. Causa petendi: Las anteriores súplicas se encuentran amparadas en los hechos que se relacionan a continuación:

2.1. Que la compañía VR Ingeniería y Mercadeo LTDA celebró contrato de seguro de vida grupo empresas con la compañía Mapfre, hoy Seguros Allianz, con la finalidad de amparar los riesgos de fallecimiento por cualquier causa, incapacidad permanente, fallecimiento accidental, enfermedades graves, exequias y renta de hospitalización para sus trabajadores, dentro de los cuales se encontraba John Freddy Rodríguez García, cuyos beneficiarios eran sus hijas Valeria Rodríguez Romero y Daniela Rodríguez Franco.

2.2. Que el 15 de marzo de 2018 tuvo lugar el fallecimiento de John Freddy Rodríguez García a causa de un infarto agudo al miocardio, configurándose uno de los riesgos amparados en el referido contrato y

efectuada la reclamación, la demandada negó el pago del seguro, comoquiera que el fallecido no declaró sinceramente el estado de salud ya que omitió manifestar que presentaba episodios de hemoptisis y embolia pulmonar.

2.3. Que el asegurado no estaba en la obligación de declarar dichas patologías puesto que las mismas no se encontraban determinadas en los formularios y adicionalmente, si bien tuvo episodios de hemoptisis se le practicaron exámenes por posible tuberculosis con resultados negativos y la sospecha de embolia pulmonar fue descartada.

2.4. Que la hemoptisis es un síntoma y no una enfermedad como erradamente lo señaló la demandada en la negación del siniestro asegurado, por lo que la causa de la muerte fue un infarto agudo al miocardio que no tiene relación con las patologías sobre las cuales no se brindó información.

3. Actuación Procesal: La demanda correspondió por reparto al Juzgado 49 Civil Municipal de Bogotá, el cual en auto de 3 de diciembre de 2019 admitió el litigio ordenando tramitar el asunto por la vía del proceso verbal.

El auto admisorio fue notificado a través del apoderado judicial de Allianz Seguros de Vida S.A.S, quien presentó contestación de la demanda y las excepciones de mérito que denominó *"reticencia del señor John Freddy Rodríguez García, nulidad relativa del contrato de seguro contratado en la póliza de vida grupo no contributiva N°22154414 y excepción común".*

En consecuencia, mediante auto de 21 de febrero de 2020 se tuvo en cuenta la notificación de la sociedad demandada y se ordenó a la secretaría correr traslado de los medios de defensa especificados, frente a los cuales el demandante guardó silencio.

Posteriormente, en proveído de 3 de julio de 2020 se decretaron las pruebas solicitadas por las partes y se determinó que al no existir pruebas por practicar se ingresaría el proceso al despacho para decidir lo que en derecho corresponda.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El señor juez *a-quo*, el 7 de diciembre de 2020 procedió a dirimir la instancia mediante sentencia anticipada, para lo cual esgrimió que el contrato de seguro se encontraba debidamente demostrado y que luego de valoradas las pruebas obrantes en el plenario la aseguradora demandada acreditó que John Freddy Rodríguez García suministro información inexacta sobre su verdadero estado de salud, omitiendo declarar circunstancias que seguramente hubieran incidido en el consentimiento del asegurador o en las condiciones del otorgamiento de la cobertura ya que para el 7 de noviembre de 2014 cuando firmó la declaración de

asegurabilidad de beneficios omitió precisar que para enero de la misma anualidad estuvo hospitalizado por urgencias debido a un diagnóstico principal de hemoptisis con 7 meses de evolución, disnea súbita y presunta embolia pulmonar.

Precisó que existió reticencia en la declaración del riesgo por parte del asegurado y la consecuente nulidad relativa del contrato de seguro de vida, por lo que concluyó que las excepciones propuestas por pasiva estaban llamadas a prosperar desestimando las pretensiones de la demanda y se condenó en costas a cargo de la parte demandante.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO

Inconforme con la sentencia, el apoderado judicial de las demandantes formuló recurso de apelación ante el juez de primera instancia, el cual fue concedido, por lo que se admitió mediante auto de 13 de enero de 2022 y con ocasión de la expedición del Decreto 806 de 2020, se dispuso correr traslado a la parte apelante por 5 días con el fin de que allegara la sustentación del recurso de apelación.

El apelante alegó que el *a-quo* incurrió en un defecto fáctico ya que carece de apoyo probatorio que permita la aplicación del supuesto legal en el que se sustenta la decisión, comoquiera que hubo yerro en la interpretación de las pruebas e igualmente existió un falso juicio de raciocinio, ya que se dio por cierto, sin serlo, que el asegurado John Freddy Rodríguez García, no había declarado sinceramente su estado de salud en el momento de tomar el seguro de vida, decisión que se tomó única y exclusivamente de la respuesta dada por la empresa de seguros demandada, pero no hizo valoración alguna a la prueba pericial aportada con la demanda, en la cual se aduce que *"los médicos tratantes descartaron la embolia pulmonar que sospechaban y habían colocado en la historia clínica",* por lo que los galenos en ningún momento señalaron en esta la enfermedad que padecía el paciente, de acuerdo con la sintomatología que reportaron, de tal manera que si ni siquiera los médicos precisaron cuál era la enfermedad que padecía, mal podía la empresa de seguros exigirle al asegurado que las reportara.

Adujo además que en el documento "*Declaración de Asegurabilidad*" exigido por la Compañía Allianz Seguros de Vida, se deben indicar las enfermedades que tenga o haya tenido el asegurado por lo que John Freddy Rodríguez García, no declaró los episodios de "*hemoptisis, disnea súbita y embolia pulmonar*", emitidos por los galenos de la Clínica Méderi, de esta ciudad porque los mismos no son enfermedades, sino síntomas los cuales presentaba y que hacía presumir la existencia de algunas enfermedades que finalmente fueron descartadas por el personal médico que lo atendió.

Por su parte, el apoderado judicial de la demandada esgrimió que el fallador de primera instancia lo hizo acertadamente, aunado a que en la

oportunidad procesal pertinente la parte activa guardó silencio sobre las excepciones de mérito propuestas y el dictamen pericial no fue decretado como prueba, por lo que los argumentos del apelante carecen de asidero probatorio.

II.CONSIDERACIONES

1. Presupuestos procesales: para decidir de fondo concurren al proceso en legal forma y no se observa causal de nulidad que sea capaz de invalidar la actuación procesal surtida.

2. Problema Jurídico: Corresponde determinar si el asegurado no estaba en la obligación de declarar su estado de salud frente a los diagnósticos de hemoptisis, disnea súbita y presunta embolia pulmonar o si por el contrario el fallo de primera instancia debe confirmarse.

3. De entrada hay que señalar que el artículo 1058 del Código de Comercio le impuso al candidato a tomador del seguro, una regla de comportamiento, consistente en declarar *"sinceramente"* los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, para que el asegurador, a partir de la información que recibe, exprese libremente y a su arbitrio si asume o rechaza la contingencia que aquél aspira a trasladarle.

Se trata, de una carga que tiene su origen en el postulado de la buena fe, el cual brinda gran importancia a la formación del negocio aseguraticio, pues la ley quiere que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente de error, el cual de ser provocado por reticencia o inexactitud del tomador, porque haga una declaración falsa u omita declarar las circunstancias conocidas por él, aún hechas de buena fe y que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, generan la nulidad relativa del seguro.

En este sentido, la Corte Suprema de Justicia ha precisado que: *"el asegurador, en materia informativa, está a merced del futuro tomador",* toda vez que, *"de ordinario, no se encuentra en capacidad de establecer por sus propios medios, 'los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo'";* de allí que le corresponda al tomador *"hacer una sincera y explícita declaración de conocimiento respecto de tales aspectos, que en el seguro sobre la vida, en la mayoría de ocasiones, se vierte en un cuestionario, técnicamente preparado por su destinatario, que contiene indagaciones concernientes a hechos que conoce -o puede conocer- el tomador, capitales y determinantes del asentimiento o de la intentio del asegurador"*[1].

1 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil Sentencia de 12 de septiembre de 2002; exp.: 7011, M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

Por eso, entonces, *"la declaración de asegurabilidad debe contener una información fidedigna, amén de veraz y oportuna, como quiera que, en función suya, preponderantemente, el asegurador expresará su voluntad de establecer una relación contractual con el sujeto que, en la etapa precedente: la precontractual, fungió en calidad de candidato a tomador del seguro"*.[2]

4. Es claro que el asegurador, como profesional especializado en la materia, tiene el deber complementario de adelantar pesquisas que le permitan perfilar las condiciones del riesgo, cuando quiera que la información suministrada por el tomador o las circunstancias especiales del negocio jurídico propuesto, sugieran razonablemente que el consentimiento sólo puede otorgarse luego de verificar el estado de aquel[3]. Por eso el inciso final del artículo 1058 del estatuto mercantil, establece que el seguro no se invalidará *"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".*

Sin embargo, a ese deber del asegurador de procurarse información sobre el estado del riesgo, no le sigue el debilitamiento de la carga que tiene el tomador de declarar los hechos que lo determinan, pues tal suerte de argumentación desconoce que es éste quien tiene el conocimiento de esas circunstancias, de modo que si aspira a trasladar el riesgo, debe ser leal, honesto y transparente con el asegurador que lo asumiría, amén de que no decir la verdad, o callarla total o parcialmente, no es cuestión que el derecho recompense, menos aún en negocios jurídicos de confianza como el contrato de seguro, en los que, por el contrario, se impone un comportamiento diáfano y cristalino por parte del tomador, que no se desvanece por las *"eventuales investigaciones o inspecciones que, motu proprio, efectúe la entidad aseguradora –facultativamente-, para mejor proveer, si así lo estima aconsejable (art. 1.048 C. de Co), ya que, en rigor, no está obligada a realizarlas."*[4]

A este respecto, tiene dicho la jurisprudencia patria que *"el aducido deber –o carga, preferiblemente- de información que cobija al asegurador, no borra -o diluye- la obligación precontractual de declarar el 'verdadero' estado del riesgo que, por excelencia, le incumbe al candidato a tomador, por manera que, a pretexto del mismo, no es lícito reducir su radio de acción y menos su vigencia general, puesto que la diligencia del empresario, exigible por tratarse de un profesional familiarizado con el manejo del riesgo, como se anotó, no puede llevarse hasta el extremo de hacer nugatorio, en sí, el mecanismo correctivo en cita."*[5]

---

2 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil Sentencia de 2 de agosto de 2001; exp.: 6146, M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.
3 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación, Sentencia de 3 de marzo de 2015, M.P. Jesús Vall de Rutén Ruiz.
4 *Ibídem 2.*
5 *Ibídem 2.*

Es por ello por lo que el legislador, cuidadoso y severo en la materia, estableció a propósito del seguro de vida, que *"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", previsión normativa que devela la importancia de la declaración de asegurabilidad, al punto que el tomador no puede excusar su reticencia o inexactitud, so capa de que aquel ha debido adelantar ese tipo de reconocimientos, pues "la visita médica constituye un control precaucional que no exime al asegurado de la obligación de hacer conocer la verdad sobre las condiciones de salud"*[6].

5. En el caso bajo estudio, en la solicitud de inclusión en el seguro de vida grupo deudores tomado por el VR Ingeniería y Mercadeo LTDA, la cual contiene la declaración de asegurabilidad, el asegurado respondió afirmativamente a las preguntas de encontrarse en estudio médico por cualquier razón y que si había sido hospitalizado y operado. Así mismo, negó tener pendiente o programada la práctica de alguna hospitalización o cirugía o examen médico para esa época, padecer de alguna dolencia no preguntada previamente y ser sometido a alguna intervención quirúrgica o que iba a iniciar algún tratamiento médico (7 de noviembre de 2014), como se desprende de la marcación sobre cada una de las casillas de dicho formato en el cuestionario y en la ampliación de la declaración de salud, el asegurado señaló encontrarse en valoración médica por terapias físicas en Teletom, microdisectomía a nivel cervical C6, C7, colecistectomía, vasectomía y varicosafenectomía.

Sumado a ello en la solicitud de seguro de vida grupo Jhon Freddy Rodríguez García adujo no haber sufrido o sufrir enfermedades del corazón (presión arterial), respiratorias (Asma, tuberculosis), digestivas, genitourinarias, musculoesqueléticas (reumatismo, artritis), nerviosas o mentales, cerebrovasculares, crónicas o terminales y así mismo señaló sufrir de otras enfermedades especificando que padecía un trauma raquimedular desde el 17 de agosto de 2019, para el cual contaba con seguimiento periódico por el área de neurocirugía y clínica del dolor.

No obstante, al revisar la historia clínica del señor Rodríguez García, se establece que el 31 de enero de 2014 fue diagnosticado con "disnea" y como "sintomático respiratorio – infección por BAAR a descartar" y para el 1° de febrero de 2014 fue diagnosticado con "hemoptisis".

Se devela, por tanto, que el asegurado ocultó información importante a la aseguradora, al punto de negar enfermedades que sufrió, a pesar de habérsele indagado específicamente sobre ellas (respiratorias), razón por la cual, no es posible excusar su reticencia, en el hecho de que la hemoptisis es un "síntoma" como lo alegó su defensa, pues dicho padecimiento consiste

6 Juan Carlos F. Morandi. La reticencia y la falsa declaración precontractual en el seguro de vida. En Studi in Onore di Antigono Donati, Roma, 1.970, p. p. 388 y 389. Cfme: Joaquín Garrigues. Contrato de seguro terrestre. Imprenta Aguirre. Madrid. 1.982. Págs. 508 y 509.

en la expulsión de sangre o de esputo manchado con sangre proveniente de las vías respiratorias inferiores y es una patología, situación que no exime al tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo, por lo que resultan de índole especulativo los argumentos del apelante en torno a que los diagnósticos presentados en la historia clínica son claros y no fueron reportados por el asegurado, situación que quedó evidenciada con la suscripción de dicho documento la presunción *(presunción iuris tantum)* del conocimiento y la conformidad del firmante con la totalidad de su contenido.

Tampoco se puede afirmar, como lo sugiere el recurrente, que el asegurado debe ser excusado porque la causa de su muerte fue ajena a esas dolencias, puesto que, de una parte, a él no se le reclamaron conceptos médicos, sino datos puntuales de los que necesariamente debió tener conocimiento, por haber sufrido enfermedades que le fueron diagnosticadas; y de la otra, lo que sanciona la ley es el ocultamiento de hechos o circunstancias determinantes del riesgo, con independencia de si ellas fueron relevantes en su realización. Al fin y al cabo, la discusión atañe a la formación del consentimiento y no a la ejecución de las obligaciones que emanan del negocio aseguraticio.

Ahora bien, es claro que en el plenario no se aportó dictamen pericial y por el contrario, se allegó un documento denominado "*auditoria de historia clínica*" el cual fue relacionado y solicitado como prueba documental y no una experticia que permita debatir los diagnósticos establecidos en la historia clínica, puesto que el objetivo de dicho escrito fue "determinar los factores de riesgo en relación con la causa básica de la muerte" y en el que se señaló que "*el antecedente de la hemoptisis por 7 meses el cual ocurrió en 2014 podría tener relación con la muerte, en especial por lo descrito en el sangrado espumoso como signo de edema pulmonar"* y que realizada la autopsia clínica se concluyó como causa de muerte el *"infarto agudo de miocardio teniendo como factor de riesgo la dislipidemia mixta (alteración del colesterol y triglicéridos)"*, sin que ello constituya prueba que permita afirmar que los diagnósticos hechos por los médicos tratantes fueran solamente de sintomatología, aunado a ello en la declaración de asegurabilidad, si bien se afirmó haber sido hospitalizado, no se especificaron las dolencias establecidas en la internación hospitalaria del año 2014, por lo que se concluye que el asegurado se encontraba en la obligación de declarar los diagnósticos padecidos en dicha anualidad.

6. Puestas de este modo las cosas, fácilmente se concluye que tuvo razón el señor juez *a-quo* al acoger las excepciones de "reticencia del señor Freddy Rodríguez García" y "nulidad relativa del contrato de seguro", por lo que el asegurado fue reticente al declarar el estado del riesgo, comoquiera que omitió decir la verdad sobre su estado de salud. Por lo discurrido, se concluye que el apelante desacertó y, por ende, se confirmará la sentencia

de primera instancia. Además, se le condenará en costas por resultar vencido y estar causadas. Numerales 1 y 8 del art. 365 del CGP.

III.DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, el Juzgado 16 Civil del Circuito de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley.

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia apelada.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta instancia a la parte recurrente. Inclúyase la suma de $1’000.000,oo M/cte. por concepto de agencias en derecho.

TERCERO: REMITIR el expediente al juzgado de origen. Ofíciese.

NOTIFÍQUESE,

Firmado electrónicamente
CLAUDIA MILDRED PINTO MARTÍNEZ
JUEZ

LI

JUZGADO 16 CIVIL DEL CIRCUITO - SECRETARIA
Bogotá D.C.

La providencia anterior se notifica por anotación en el
ESTADO ELECTRÓNICO No.27
Fijado el 8 DE MARZO DE 2022 a la hora de las 8:00 A.M.

Luis German Arenas Escobar
Secretario

Firmado Por:

Claudia Mildred Pinto Martinez
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 016
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: **68dc330e974f8ee1832b7787f01fac71638e4d0a384bd6fd73316033b6a47c53**
Documento generado en 07/03/2022 05:08:37 PM

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