

REPUBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO**  
Bogotá, D.C., Trece de septiembre de dos mil veintidós.

*PROCESO VERBAL  
RAD. 52-2019-797-01*

Resuelve el Despacho el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 1° de marzo del 2021, por el Juzgado Cincuenta y Dos Civil Municipal de Bogotá.

La apelación de la sentencia censurada se profiere de manera escritural por este Despacho conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 2213 de 2022.

**1. ANTECEDENTES Y PRETENSIONES**

1.1. En síntesis, la demandante promovió la demanda verbal con el fin que declare responsable civil y contractualmente a la Sociedad AXA Colpatria Seguros de Vida SA; y como consecuencia de ello se pague la indemnización derivada del Seguro Póliza de vida N° 11000 de abril 11 de 2017 adquirido y denominado "Seguro de Banca Seguro Grupo con Plan de Familia", por una suma de \$100.000.000.

Para sustento de lo anterior, señaló que en agosto de 2016 el señor Luis Gabriel Arévalo Martínez (q.e.p.d.) adquirió la póliza de seguro de vida N° 11000 con vigencia hasta agosto 5 de 2017 en el que aparece como tomador Banco Colpatria Red Multibanca; y que la póliza referida fue modificada en su vigencia en abril 11 de 2017, expidiéndose para el efecto el certificado individual N° 7941617.

1.2. Además, señaló que en enero 17 de 2018 el asegurado falleció por motivo de una caída desde una escalera dentro del parque Gallineral de San Gil, sufriendo trauma craneo encefálico moderado, por lo que en febrero 23 de 2018 presentó la reclamación ante la aseguradora quien, mediante comunicado de marzo 23 de mismo año, objetó la reclamación arguyendo que no habían declarado la verdad del estado de salud.

**2. ACTUACIÓN DE LA INSTANCIA**

2.1. El *a quo* en auto del 30 de agosto de 2019, admitió la demanda, de la cual, la sociedad aquí demandada se notificó por intermedio de apoderado judicial, quien contestó oponiéndose a las pretensiones

elevadas por la actora y alegando como excepciones de mérito que denominó "preexistencia", la cual sustentó en resumen en que, representa un impedimento insuperable para el pago de la indemnización solicitada por la parte actora ya que el asegurado sufría de varias enfermedades desde antes de la celebración del contrato de seguro (cirrosis, hepatitis c, varices esofágicas y hemorragia intestinal), las cuales, de acuerdo a su historia clínica, dan cuenta aquello.

Además, ilustró que, frente a los contratos de seguro, al existir preexistencias, la consecuencia es que no puede haber cobertura si el siniestro se deriva de esas condiciones, debido a que el riesgo ya existe y que éste debe ser futuro e incierto, el cual, no debe depender de la voluntad del tomador o del asegurado conforme al artículo 1045 del C.Co.

Por otro lado, señala que el asegurado incurrió en una reticencia ya que no informó su condición de salud al momento de firmar la póliza, por el contrario, negó padecer de las mencionadas afectaciones que lo aquejaban para esa data, razón por la cual, adolece de nulidad relativa el contrato.

2.2. El 20 de noviembre del 2020 se realizó la audiencia que trata el artículo 372 del C.G. del P., en el que se surtió la conciliación, se evacuaron los interrogatorios de las partes, se fijó el litigio y se decretaron las pruebas.

2.3. Seguidamente, en febrero 15 de 2021 se llevó a cabo la audiencia que trata el artículo 373 del C.G. del P, en el que se dictó el sentido del fallo.

2.4. Por último, en marzo 1° de 2021, la *a quo* profirió sentencia escrita en el que negaba las pretensiones de la demanda.

### 3. LA SENTENCIA RECURRIDA

La señora Juez *a quo* declaró probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia.

Decisión a la que arribó, luego de sostener que la demandante no puede acceder al pago de la indemnización de la póliza ya que, de la confrontación de la declaración de asegurabilidad y la historia clínica se colige que omitió informar las patologías y afecciones que venían aquejando al señor Luis Gabriel (q.e.p.d.) desde hace varios años., desde antes de la toma de la póliza en cuestión, conforme da cuenta la historia clínica del señor Arévalo Martínez, emitida por la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología, que refiere como fecha de ingreso y egreso del paciente al servicio de urgencias el 14 de febrero de 2016, en la que de deja ver como enfermedad actual "cirrosis, hepatitis C, y varices esofágicas", y como diagnósticos activos después de la nota "OTRAS CRORROSO DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS, HEPATITIS

VIRAL TIPO C CRONICA, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA- ESTADO EN ESTUDIO, Y COMO DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO SE SEÑALÓ "HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA". E igualmente recibió atención por servicio de urgencias en esa institución el 15 de mayo de 2016 hasta el 26 de mayo de ese mismo año, y el 20 de junio de 2016, por motivo de dos sangrados abundantes por la boca, señalándose que era paciente con antecedentes de varices esofágicas y cirrosis por hepatitis C, evidenciándose que para esa época el paciente sí padecía esas enfermedades, contrario a lo afirmado por la demandante.

Esgrimió que si bien es cierto la demandante defendió que a su esposo le fue descubierta la enfermedad Hepatitis C en el año 2014 y que para los años 2016 y 2017, aquel ya no padecía esa enfermedad y que su hígado era más del 50% funcional, tales aseveraciones no concuerdan con el historial clínico arrojado al paginarlo y que dan cuenta que el asegurado fue atendido en múltiples ocasiones por los sangrados que padecía, por lo que en el análisis probatorio a partir del testimonio del señor Rodrigo Orlando Rivero Santos, se puede advertir que si bien el señor Rodrigo Orlando Rivero Santos suscribió una póliza de vida individual con la sociedad accionada el 10 de abril de 2017, y que posteriormente se enteró de la muerte del mismo, se objetó esa declaración por los antecedentes médicos del asegurado, conforme a la historia clínica de febrero de 2016, en la que se ven los diagnósticos de cirrosis hepática, hepatitis C, y varices esofágicas, antecedentes anteriores a la toma del seguro, que si bien no eran congénitas si alteraban el riesgo normal del asegurado según calificaciones que agravan el riesgo normal.

Concluyó entonces que a pesar que no se demostró que tales enfermedades hayan tenido incidencia o fueron motivo de la muerte del asegurado, en tanto la epicrisis no señala tal situación, es claro que el asegurado sí incurrió en una reticencia, en tanto que no fue sincero, al momento de rendir su declaración de asegurabilidad cuando adquirió la póliza de seguro individual con Axa Colpatria Seguros de Vida S.A. a pesa de conocer de manera precisa y clara las condiciones médicas que había padecido decidió no informarlas a la aseguradora, impidiendo de esa manera que esta decidiera si asumía o no el riesgo o colocara condiciones más onerosas, resultando procedente declarar la nulidad del CONTRATO DE SEGURO DE BANCA SEGUROS GRUPO CON PLAN FAMILIA en virtud de seguros de vida No. 11000 DE 11 de abril de 2017 con certificado individual No. 7941617M. cuyo tomador fue BACO COLPATRIA RED MULTIBANCA y el asegurado LUIS GABRIEL AREVALO MARTINEZ, y la beneficiaria aquí demandante, ello en concordancia con los principios de buena fe que se debieron atender. Y que no debe derivarse ninguna consecuencia para Axa Colpatria Seguros de Vida por no haber realizado ningún examen médico, porque, aunque cuenta con esa facultad, ello no releva al asegurado de cumplir con su obligación de brindar información completa y certera sobre su estado de salud.

#### 4. EL RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con la decisión, el apoderado de la demandante la impugnó con estribo en los siguientes argumentos:

Que el *a quo*, a partir de la Sentencia T-071 de 2017, como lo declaró al emitir el sentido del fallo en Audiencia del 15 de febrero del 2020, exponiendo que esta Jurisprudencia detalla la diferencia entre RETICENCIA Y PREEXISTENCIA, acogió la primera, o sea la más fácil y grave, pues concluye que el asegurado LUIS GABRIEL AREVALO MARTINEZ mintió: "*si incurrió en una reticencia*" al momento de adquirir la póliza y entonces determina que merece el castigo máximo de aplicar y declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, asignándole, tácitamente al asegurado, comportamientos irregulares de actuaciones a título de dolo en el momento de suscribir la solicitud de la póliza de seguro de vida, conclusiones en incapacidad absoluta de desvirtuar hoy por el ahora fallecido destinatario.

Indicó que la parte demandada estaba en una situación más favorable pues una de las partes del contrato de seguro ya no existe y por ende las evidencias y situaciones de facto que rodearon la constitución de adquisición de póliza de seguro quedaron en duda y no se esclarecieron y que la demandada se encontraba en mejor posición para probar las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se desarrollaron los hechos de firma de solicitud de la póliza de seguro.

Luego, en escrito de sustentación de recurso ante esta dependencia insistió en tales argumentos y agregó que la mala fe o el dolo civil no fueron demostrados plenamente por la aseguradora, ya que el solo hecho de ser el tomador, amputado, para el momento de suscribir la póliza no se pudo pasar por alto, y el dolo no se puede presumir, debe estar suficientemente probado, lo que faltó en el proceso, pues ante el decreto del testimonio del vendedor de la póliza que de oficio ordenó el *a quo* y luego fue desistido, se le allanó el camino a la sociedad aseguradora demandada y solo bastó su dicho en ausencia de prueba total y suficiente frente al silencio del tomador fallecido, evidenciándose dudas sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en el que se dieron las negociaciones para terminar en constitución del seguro, pese a que como parte de la relación contractual sobreviviente se le facilitaba y se encontraba en mejor posición para tal fin por haber intervenido en los hechos que dieron lugar al litigio, por su cercanía con la prueba testimonial del vendedor, por ser este un funcionario de ella, pues nunca se preocupó por hacer llegar al vendedor de la póliza y de esa manera probar la mala fe y el dolo civil del tomador fallecido y con fundamento en el artículo 167 del C.G. del P. que a la letra reza que incumbe a las partes demostrar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, por lo que la reclamación de pago de la indemnización por muerte del cónyuge, realizada por su mandante es acertada, viable y legítima reclamando que se revoque el fallo de primer grado.

Para sustentar tal reparo, el apelante trajo a colación sentencia T 071 de 6 de febrero de 2017 en virtud de la cual *... el Asegurador al momento de presentar y suscribir el contrato, deberá plasmar en el mismo los eventos preexistentes que pudo apreciar o que tuvo oportunidad de conocer, a pesar que no sean declarados por el tomador, el silencio del asegurador frente a estos hechos constituye una clara negligencia en su deber de ejercer una conducta que ayude a determinar con precisión las circunstancias que se encontrarán amparadas por el seguro y aquellas que serán excluidas. Esto conduce a declarar que, para casos relacionados con personas que durante el transcurso del contrato sufren una invalidez superior al 50%, el examen judicial deberá analizar la conducta de la entidad aseguradora sobre un margen de diligencia más estricto, en el sentido de poder establecer si la objeción presentada sobre la ejecución del amparo crediticio se basa en hechos que fueron advertidos al momento de pactar el negocio y que no fueron plasmados por el asegurador*

## 5. CONSIDERACIONES

La demanda reunió los requisitos formales y el trámite se cumplió conforme al procedimiento de la demanda ordinaria. Está demostrada la capacidad para ser parte y para comparecer al proceso.

La legitimación en la causa por activa y por pasiva dentro de este proceso se encuentra acreditada con el contrato de seguro, documentado según la póliza arrimada como prueba, donde aparece como tomador y asegurado el causante Luis Gabriel Arévalo Martínez (q.e.p.d.) y como aseguradora la sociedad demandada (Art. 1037 C. de Comercio).

Bajo este orden de presupuestos, a voces de lo reglado en el Art. 328 del C. G. del P. y acorde con los reparos expuestos por el demandante del litigio, corresponde a esta Juzgadora determinar si la decisión del *a quo* fue o no desacertada en los aspectos expuestos por el recurrente, y a partir de los cuales éste Despacho examinará si el contrato de seguros báculo de la presente acción declarativa es nulo de forma relativa en virtud a la reticencia en que pudo incurrir el asegurado tras omitir ciertas patologías y si tal conducta menoscaba el principio de buena fe contractual.

La legislación mercantil frente a los contratos de seguros, limita a enunciar sus principales características en el art 1036, modificado por la ley 389 de 1997 art 1° según el cual: *"El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva"*.

La Corte Suprema de Justicia lo ha definido como aquel en virtud del cual *"una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina "prima", dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido*

*objeto de cobertura, (denominada siniestro) a indemnizar al "asegurado" los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta"<sup>1</sup>.*

En sentencia SC-11204 de 2015, sobre la regulación normativa del seguro de vida, explicó la Sala de Casación Civil:

*"6. En punto del «seguro de vida», clase a la que corresponde el relacionado con el litigio, y que constituye el prototipo de los «seguros de personas», encuentra su regulación especial en el capítulo 3º título V libro IV del Código de Comercio, aunque en lo pertinente procede aplicar los «principios comunes a los seguros terrestres».*

Sobre el particular, de manera tangencial la Corte Suprema, en la sentencia CSJ SC, 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01, expuso:

*(...), téngase en cuenta que si bien al seguro sobre la vida le son aplicables la mayoría de las disposiciones contempladas en el Capítulo I, del Título V, del Libro IV del estatuto mercantil, que recogen los 'principios comunes a los seguros terrestres', entre ellas, por vía de ejemplo, las relativas al perfeccionamiento y partes en el contrato de seguro (arts. 1036 y 1037 C. de Co.); sus elementos esenciales (art. 1045, ib.); los requisitos para hacer efectiva la obligación del asegurador en caso de siniestro (arts. 1077 y 1080, ib.), para sólo resaltar algunas de ellas, no lo es menos que goza de una arquitectura y tratamiento particulares en aspectos nucleares de la relación aseguraticia. Así, el interés asegurable, per se, no se encuentra vinculado a una relación económica, o por lo menos no necesariamente (art. 1137, ib.); en él no tiene aplicación el principio indemnizatorio (art. 1138, ib.); tampoco los conceptos de coexistencia de seguros, infraseguro y supraseguro; menos aún procede la subrogación del asegurador (art. 1139, ib.); es, de suyo, irrevocable por el asegurador (art. 1159, ib.), etc."*

*Por otra parte y frente a la modalidad de seguro de vida grupo conviene memorar que "...El seguro de vida grupo deudores es una modalidad de seguro colectivo, que se dirige a que distintos sujetos —que comparten la condición de deudores respecto de un mismo acreedor— cubran el riesgo de su muerte o la eventual incapacidad permanente.*

*35.5. El interés asegurable en este tipo de contratos se ubica de forma principal y directa en cabeza del deudor, así al acreedor también le asista un eventual interés en el seguro de vida grupo deudores. En ese sentido, advirtió la Corte Suprema que existe una concurrencia de intereses, no excluyentes, entre los cuales predomina el del deudor asegurado. Esto explica porque se considera una práctica restrictiva de la competencia que los funcionarios de las entidades aseguradoras, intermediarios de seguros o instituciones financieras diligencien las solicitudes de seguro o las declaraciones de asegurabilidad, sin permitir que el consumidor financiero lo haga o lo conozca.*

---

<sup>1</sup> Sentencia No. 002 del 24 de enero de 1994

35.7. *El tomador del seguro es el acreedor, quien obra por cuenta de un tercero determinado. El acreedor obra por cuenta ajena pues traslada a la aseguradora un riesgo que -en principio- no es propio, sino que está en cabeza del deudor. De conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, el acreedor está a cargo de las primas causadas.*

35.8. *En síntesis, este tipo de contratos se caracteriza por ser una modalidad de seguro colectivo, el cual no es obligatorio pero representa una garantía adicional de carácter personal, que depende del consentimiento del deudor y de las políticas de riesgo de las entidades financieras. En todo caso, se debe garantizar en favor del deudor-asegurado (i) la debida información acerca de las condiciones pactadas con la aseguradora y (ii) la libertad para contratar con otras compañías de seguros, teniendo en cuenta que el interés principal es el del asegurado y no el de la entidad crediticia...<sup>2</sup>*

Descendiendo al *sub examine*, observa esta juzgadora y tal como consideró el *a quo*, no es objeto de controversia la existencia del contrato seguro de vida grupo comprendido en la Póliza vida Grupo Nro. 11000 con vigencia hasta el 5 de agosto de 2017, de la cual se expidió el certificado individual N° 7941617, en el que funge como tomador Banco Colpatria Multibanca Colpatria (Archivo 02 y 13 Digital C 1). Hecho que aceptó como cierto la aseguradora al contestar la demanda, en el que funge como tomador Banco Colpatria Multibanca Colpatria.

Asimismo, se encuentra acreditada la ocurrencia del siniestro amparado, para el caso, la muerte del asegurado en vigencia de la mentada póliza, el pasado 17 de enero de 2018, según da cuenta registro civil de defunción 09497947 y en que fundamenta el riesgo reclamado, mismo que fue resumido en idénticos términos en el hecho 4° de la demanda y no fue objeto de debate por parte de la pasiva.

Y que con ocasión del siniestro en mención, la beneficiaria aquí actora en calidad de cónyuge del asegurado fallecido, solicitó el pago de la indemnización por la afectación del amparo básico, el 23 de febrero de 2018, la que fue denegada por AXA COLPATRIA a través de oficio del 23 de marzo de la misma anualidad, tras argüir que *"...se establece que el señor Luis Gabriel Arévalo Martínez, no declaró su verdadero estado de salud en el momento de solicitar el seguro, la compañía le manifiesta, que niega el pago de la indemnización requerida y objeta su reclamo, con base en las circunstancias descritas, con fundamento en la cláusula de "declaración de Asegurabilidad" en los artículos del Código de Comercio anteriormente citados y en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro..."* (Sic).

Ahora bien, en punto de los reparos esgrimidos por el extremo actor y el problema jurídico planteado líneas tras, delantamente advierte el Despacho no tiene vocación de prosperidad y la sentencia proferida por el *a quo* será confirmada, pues de un análisis conjunto de las pruebas

---

<sup>2</sup> Ver Sentencia T-676/16

obrantes en el plenario en el *sub examine* es dable colegir la configuración de la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia dada la omisión en la que incurrió el asegurado fallecido al no declarar la totalidad de las enfermedades que padeció, conforme acreditó la compañía aseguradora y por las razones que pasan a exponerse.

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, inciso 1º del Código de Comercio. Y lo reafirma, para el específico seguro de vida, el canon 1158.

El Código de Comercio prevé en su artículo 1058 que la conducta que debe ser asumida por el tomador o asegurado, a quien le ordena que declare “[...] 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, [...] 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. [...]”.

Así mismo, los artículos 1039 y 1041 imponen obligaciones al tomador; en el inciso segundo de éste último, señala que “[...] No obstante, al asegurado corresponden aquellas obligaciones que no puedan ser cumplidas más que por él mismo. [...]” y el artículo 1158 indica 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 dé lugar.”

Por otro lado, en la sentencia T- 5941 de 2017 reiteró la Corte la decisión T-222 de 2014, frente a la preexistencia que “[...] Siguiendo lo anterior se advierte que la “preexistencia, no siempre es sinónimo de reticencia”. La reticencia se encuentra relacionada con la mala fe al momento de declarar los hechos o circunstancias que definen el riesgo. Mientras la preexistencia puede definirse con certeza antes de la celebración del contrato. Siguiendo la Sentencia T-222 de 2014, respecto a las diferencias entre la preexistencia y la reticencia es dable advertir lo siguiente: la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades [...]. En criterio de esta Sala, 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. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores [...] (subrayado fuera del texto).

Por su parte, la Sala de Casación Civil, de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia SC5327 de 2018, al referirse a los alcances del art. 1058 del Código de Comercio, señaló que “[...] 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 y reticencias 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”.

Así, en el caso de marras, se encuentra demostrado que el asegurado fallecido en formulario diligenciado al momento de su suscripción declaró concretamente “[...] MI ESTADO DE SALUD ES NORMAL, NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES CONGÉNITAS O QUE INCIDAN SOBRE LOS SISTEMAS ORGÁNICOS DEL CUERPO HUMANO [...]”.

Seguidamente, el Asegurado, indicó que “[...] EN LA ACTUALIDAD NO SUFRO DE ENFERMEDADES, AFECCIONES O ADICCIONES QUE REPERCUTEN DIRECTAMENTE SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE FUMO MENOS DE 10 CIGARRILLOS AL DÍA, NO TENGO PENDIENTES TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICA, NO PADEZCO DE LESIONES O SECUELAS DE ORIGEN TRAUMÁTICOS O PATOLÓGICOS QUE AFECTEN MI SALUD Y QUE ADEMÁS NO TENGO OBESIDAD [...]”.

Sin embargo, la asegurada demandada, alegó las preexistencias médicas y reticencia, a partir de historia clínica del señor *Luis Gabriel Arévalo que da cuenta del ingreso del señor Martínez* al servicio de urgencias el 12 de febrero de 2016, en el que se dejó registrado como enfermedad actual - *CIRROSIS, HEPATITIS C Y VARICES ESOFÁGICAS* - y como diagnóstico activo - *OTRAS CIRROSIS DEL HÍGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS, HEPATITIS VIRAL TIPO C CRÓNICA, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA* -.

De allí, que el asegurado, se encontraba padeciendo una enfermedad por varios años y durante 8 meses con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro, que era conocedor de sus dolencias, por lo tanto, no fue sincero al momento de su declaración, al aseverar que en la *"actualidad no sufro de enfermedades, afecciones o adicciones que repercuten directamente sobre mi estado de salud y que fumo menos de 10 cigarrillos al día, no tengo pendientes tratamientos o intervenciones quirúrgica, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumáticos o patológicos que afecten mi salud y que además no tengo obesidad"*. Eludiendo el asegurado su compromiso de cumplir con la exigencia de negar o afirmar con sinceridad sobre sus situaciones particulares y personales; y al indagársele a la actora en interrogatorio de parte por las enfermedades que padecía su esposo señaló que *"Sufría de cirrosis, varices, hepatitis c, hemorragia..."* y a la pregunta desde cuando las padecía y si para el 5 de agosto cuando suscribió la póliza las tenía, señaló: *"para esa fecha ya había superado una hepatitis c que se le había descubierto, se la descubrieron en 2013, en 2016 no tenía hepatitis c afectaba el hígado, ya tenía un hígado que trabajaba más del 50%..."*.

Sin embargo, se tiene que, para el 5 de agosto de 2017, fecha en que se suscribió la póliza, el señor *Luis Gabriel Arévalo Martínez* ya era conocedor de las enfermedades que le habían sido diagnosticadas y no las informó, mismas que se encuentran descritas en la historia clínica del mes de febrero de 2016, esto es, con 8 meses de antelación, por las cuales recurrió al servicio de urgencias con ocasión de una hemorragia, lo que bien puede acontecerle a cualquier persona eventualmente.

Y, al preguntársele por el *a quo*, al testigo profesional en la salud Rivera si, las enfermedades que se refieren en la historia de la clínica Corpas y los tres numerales de esa epícrisis tendrían algo que ver con el trauma craneoencefálica, este contestó *'... no señora, tal como lo hace sabe el señor presenta una caída y el golpe es lo que produce el daño craneoencefálico...'*(Sic)

Por lo anterior y para este caso concreto, no era obligación de la sociedad aseguradora, realizar al asegurado examen médico para verificar el estado de riesgo, sin que pueda exculparse el asegurado o tomador en esa situación, ni alegar incuria de la aseguradora.

La Sala de Casación Civil, en sentencia SC18563 de 2016, señaló: [...] *Si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad,*

*planteamiento que no fue confutado por el recurrente, mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro, por aplicación del mandato contenido en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio...*

### DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

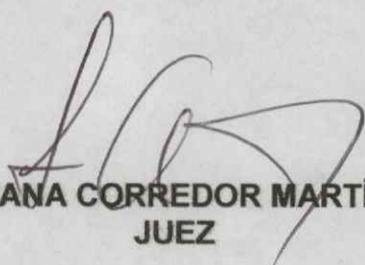
### RESUELVE:

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia proferida el 1° de marzo de 2021 por el Juzgado Cincuenta y Dos Civil Municipal de Bogotá, por lo expuesto en la parte motiva.

**SEGUNDO. CONDENAR** en las costas del proceso a la parte demandante. Se fijan como agencias en derecho la suma de \$1.000.000.

**TERCERO: DEVUÉLVASE** la actuación al juzgado de conocimiento

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

  
**LILIANA CORREDOR MARTÍNEZ**  
JUEZ



República de Colombia  
Rama Judicial del Poder Público  
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO  
DE BOGOTÁ, D.C.  
**ESTADO**

El auto anterior se notifico por Estado No. FS

de hoy 14 SEP 2022

en (la) secretario (a) 