

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTICUATRO (24) CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD DE BOGOTÁ

Bogotá D.C., doce (12) de diciembre de dos mil veintidós (2022)

Proceso Verbal- Otros
Rad. Nro. 11001400304220180111401
Demandante: SERGIO ANTONIO RICAURTE RAMIREZ
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.

Agotado el trámite de esta instancia, resuelve el Despacho la apelación formulada contra la sentencia del veintidós (22) de junio de dos mil veintiuno (2021) proferida por el Juzgado Cuarenta y Dos (42) Civil Municipal de Bogotá.

ANTECEDENTES

1. El señor Sergio Antonio Ricaurte Ramírez, actuando a través de apoderado judicial, interpuso demanda declarativa, en contra de SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., para que se efectúen las siguientes declaraciones y condenas:

"Primero: Se ordene a la parte demandada COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. O COLMENA SEGUROS S.A. O RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, pagar el seguro de vida Individual para Deudores Hipotecarios No. 3702-26480 para el crédito hipotecario No. 0132204936416, con continuidad de cobertura de la póliza vida Grupo Deudores No. 3350851 de fecha 01 de enero de 2012, que ampara contra el riesgo de muerte respecto al crédito hipotecario sobre el inmueble ubicado en la Calle 35 Sur No. 5 A- 06 de la ciudad de Bogotá D.C, identificado con el folio de matrícula inmobiliaria No. 50S-216588, reclamado por su beneficiario, Señor SERGIO ANTONIO RICAURTE RAMIREZ: en su condición de hijo legítimo de la tomadora señora BELEN RAMIREZ SANCHEZ (q.e.p.d). Identificada en vida con la Cédula de ciudadanía No. 20.743.493, quien falleció en la ciudad de Bogotá el día 27 de octubre del año 2017 siendo el valor total asegurado el equivalente al 100% de la deuda hipotecaria.

Segundo: Como consecuencia de lo anterior se ordene pagar al beneficiario Señor SERGIO ANTONIO RICAURTE RAMIREZ: en su condición de hijo legítimo de la tomadora señora BELEN RAMIREZ SANCHEZ (q.e.p.d), el saldo de la deuda que registre en la fecha de causarse la última cuota de amortización anterior a la muerte de la deudora asegurada Señora BELEN RAMIREZ SANCHEZ (q.e.p.d) del crédito Hipotecario No. 0132204936416 sobre el bien inmueble ubicado en la Calle 35 Sur No. 5 A 06 de la ciudad de Bogotá D.C. Identificado con el folio de matrícula inmobiliaria No. 50S-216588.

Tercero: Que como efecto de las anteriores declaraciones, la parte demandada en el término que señale la sentencia, debe pagar al demandante, los intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la ley, sobre el importe de la obligación anterior, desde que se hizo exigible y hasta cuando ella sea pagada en su totalidad, de conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio.

Cuarto: Que en caso de oposición de la parte demandada, se le condene al pago de las costas del proceso y las agencias en Derecho."

Como sustento fáctico de las anteriores peticiones se precisó lo siguiente¹:

1. El primero (1º) de enero del año 2012, BELÉN RAMÍREZ SÁNCHEZ, tomó el seguro de vida individual para Deudores Hipotecarios No. 3702-26480, para amparar el crédito hipotecario No. 0132204936416, con continuidad de cobertura de la póliza Vida Grupo Deudores No. 3350851 con la Aseguradora COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., el cual ampara el riesgo de muerte respecto al crédito hipotecario mencionado sobre el inmueble identificado con el folio de matrícula Inmobiliaria No. 50S-216588, siendo el valor total asegurado el equivalente al 100% de la deuda.
2. BELÉN RAMÍREZ SÁNCHEZ falleció el día 27 de octubre del año 2017 en la ciudad de Bogotá, a la hora de las 18:15 P.M. por muerte natural.
3. BELÉN RAMÍREZ SÁNCHEZ, entregó toda la información requerida por la aseguradora demandada, en donde la aseguradora no practicó reservas de ninguna índole y procedió a perfeccionar al contrato de seguro antes mencionado.
4. BELÉN RAMÍREZ SÁNCHEZ, actuó de buena fe al tomar la póliza de vida individual para Deudores Hipotecarios No. 3702-26480, para amparar el crédito hipotecario No. 0132204936416. con continuidad de cobertura de la póliza Vida Grupo Deudores No. 3350851; además, se encontraba en perfecto estado de salud y aquella desconocía la formación tumoral, ya que su desarrollo fue lento e indoloro.
5. Mediante carta de fecha seis (6) de diciembre del año 2017, dirigida al Banco Caja Social (Departamento de Créditos), el demandante señor SERGIO ANTONIO RICAURTE RAMIREZ, elevó la reclamación respecto del seguro de vida sobre el bien Inmueble identificado con el F.M.I. No. 50S-216588.
6. Mediante contestación de fecha diecisiete (17) de mayo del año 2018 Colmena Seguros objetó la reclamación del contrato del seguro mencionado, argumentado reticencia y/o inexactitud en la información relacionada en la declaración del seguro.
7. Al momento de la celebración del contrato de seguro, la señora BELÉN RAMÍREZ SÁNCHEZ, no conocía que padecía de la formación tumoral, en que fundamenta la aseguradora su objeción a la reclamación, más aun cuando la misma compañía reconoce que el amparo básico cubre la *"MUERTE POR CUALQUIER CAUSA: MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPANIA PAGARA AL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGUREASDA, UNA VEZ COMPROBADO LEGALMENTE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA POR CUALQUIER CAUSA NATUTRAL NO PREEXISTENTE O ACCIDENTAL, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y EL HOMICIDIO"*, y de acuerdo con el certificado de defunción No. 71717129-7. la causa de la muerte fue natural.
8. La compañía de seguros demandada, nunca ordenó y/o practicó algún examen médico, como requisito para el perfeccionamiento del contrato de seguro de vida individual para Deudores Hipotecarios No. 3702- 26480, para amparar el crédito hipotecario No. 0132204936416, con continuidad de cobertura de la póliza Vida Grupo Deudores No. 3350851.
9. Al momento del fallecimiento de la señora BELÉN RAMÍREZ SÁNCHEZ, el seguro de vida individual para Deudores Hipotecarios No. 3702-26480, para amparar el crédito hipotecario No. 0132204936416, con continuidad de cobertura de la póliza Vida Grupo Deudores No. 3350851, se encontraba al día con el pago de las primas pactadas.
10. El contrato de seguro de vida individual para Deudores Hipotecarios No. 3702-

¹ Fls. 34 a 36, PDF "01Cuaderno principal 1"

- 26480, transcurrió por más de dos años en vida de la aseguradora, por lo que no puede ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.
11. El Banco CAJA SOCIAL S.A. presentó demanda Ejecutiva para la Efectividad de la Garantía Real de Menor Cuantía, con el fin de obtener el pago del pagare No. 132204936416, crédito amparado por la póliza 3702-26480, con continuidad de cobertura de la póliza Vida Grupo Deudores No. 3350851, demanda que cursa actualmente en el Juzgado Quince (15) Civil Municipal de Bogotá D.C. bajo el radicado No. 2018-0739.
 12. Al momento de presentarse la demanda ejecutiva, el Banco CAJA SOCIAL S.A, solicito se libraré mandamiento de pago en contra del aquí demandante, por la suma de *ciento siete millones ochocientos setenta y siete mil quinientos cincuenta y cinco pesos* (\$107.877.555.00), más los intereses de mora del 15% E.A., a sabiendas y sin perjuicio que el crédito hipotecario No. 0132204936416, estaba amparado por la póliza 3702-26480.
 13. La aseguradora demandada se ha negado a asumir la obligación del pago de lo pactado con la tomadora y causante.

2. La demanda se admitió mediante providencia del 22 de octubre de 2018 en donde se ordenó la citación al extremo pasivo².

SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. se notificó personalmente de la demanda y durante el término de traslado correspondiente la contestó, presentando excepciones de mérito y objeción al juramento estimatorio³.

Surtido el traslado de las excepciones planteadas, el 11 de febrero de 2020 se dio inicio a la audiencia de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, oportunidad en la cual se adelantó el interrogatorio de parte, se hizo el saneamiento del litigio y se realizó el respectivo decreto de pruebas; posteriormente, el 10 de diciembre del año 2020, se continuó con la audiencia de alegatos y fallo, oportunidad en la cual se citó como litisconsorte necesario al Banco Caja Social.

El Banco Caja Social, fue notificado personalmente de la demanda y durante el término de traslado correspondiente la contestó presentado excepciones de mérito⁴.

El veintidós (22) de junio de dos mil veintiuno (2021), se dio continuidad a la audiencia de que trata el artículo 373 del C.G.P. y precluida la etapa probatoria se recepcionaron los alegatos de conclusión y se dictó sentencia en la que se negaron las pretensiones de la demanda.

LA SENTENCIA DEL A QUO

En sentencia proferida en primera instancia la juez de conocimiento, declaró probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguros, propuesta por la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. y consecuentemente negó las pretensiones de la demanda y dio por terminado el proceso⁵.

Para llegar a esa decisión, se sostuvo que la señora BELÉN RAMÍREZ SÁNCHEZ al

² Fl. 17 01Cuaderno principal 2

³ Páginas 1 a 27 PDF 03Cuaderno principal 3

⁴ PDF 47Contestación VF

⁵ 63ActadeAudiencia2018-0114 (373) y 64AUDIENCIA 2018-01114-20210622_144317-Grabación de la reunión

gestionar la póliza de vida Grupo Deudores No. 3350851, no fue precisa al diligenciar la declaración de asegurabilidad, pues omitió mencionar los antecedentes de salud que a la fecha padecía, esto es cáncer de cérvix en el año 2005, recaída en el año 2012, progresión inguinal en el 2014 y pélvica en el año 2017, e incluso en la declaración de asegurabilidad la asegurada indicó no sufrir de limitación o enfermedad alguna, respondiendo negativamente a la pregunta de si se había padecido o se le había diagnosticado algún tipo de cáncer; circunstancias que conllevan a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, en tanto en el formulario de asegurabilidad se incurrió en una abstención de la verdad, que transgrede el principio de buena fe que rige este tipo de contratos.

Así, destacó que en tratándose de seguros colectivos de vida, el asegurado tiene la obligación de declarar el estado del riesgo, pues es este quien sabe sobre las afecciones que sobrelleva, adicionado a que no se le puede endilgar a la aseguradora demandada, la obligación de haber practicado algún examen médico como requisito para el perfeccionamiento del contrato de seguro, pues en este expediente no existe algún elemento de convicción que acredite que aquella ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o que ya celebrado el contrato lo hubiese conocido y aun así se hubiese allanado a subsanarlos o los hubiese aceptado expresa o tácitamente.

EL RECURSO DE APELACIÓN

Frente a la decisión apenas reseñada, el apoderado de Sergio Antonio Ricaurte Ramírez, formuló recurso de apelación⁶, exponiendo como sustento de su alzada que:

- Durante todo el tiempo en que estuvo viva la señora Ramírez Sánchez se cumplieron sus obligaciones contractuales relacionadas con el pago de la prima; además de que, la aseguradora no demostró la mala fe de la señora Belén Ramírez Sánchez, en tanto ya habían transcurrido 7 años desde que se le diagnosticó el CA, sin que durante dicho interregno se hubiese presentado alguna complicación en su salud.
- En el presente asunto son inaplicables las consecuencias de los artículos 1058 y 1160 del Código de Comercio, en tanto, como lo definió la Corte Constitucional en sentencia T-670 de 2016, son las compañías de seguros las que deben actuar de manera acuciosa a fin de verificar el estado de salud del asegurado, sea ello realizando los exámenes de salud correspondientes, o exigiendo la entrega de unos recientes.

CONSIDERACIONES

Ningún reparo merece la actuación desarrollada dentro del presente proceso, pues la competencia para conocerlo correspondía al juez civil municipal en primera instancia, y por contera a este Despacho Judicial como superior funcional. De igual suerte se encuentra que la capacidad para ser parte y comparecer al proceso está debidamente acreditada. Asimismo, la demanda reúne las exigencias que para el caso establece nuestro ordenamiento Procesal Civil, al igual que no se observa causal de nulidad alguna que haga nugatoria la actuación, permitiendo de esta forma que la instancia concluya con sentencia que amerita el asunto sometido a

⁶ 0008Conclusión.04.19.11.

estudio en este momento.

Sentado lo precedente, y atendiendo a que en este asunto solamente apeló el extremo demandante, esta sede judicial única y exclusivamente tiene competencia para pronunciarse sobre los argumentos expuestos por Sergio Antonio Ricaurte Ramírez, tal y como dispone el art. 328 del Código General del Proceso.

Por lo anterior, la competencia de esta Sede Judicial únicamente se referirá a determinar: (i) si dentro del plenario se encuentra acreditado que la señora Belén Ramírez Sánchez actuó de mala fe al diligenciar la declaración de asegurabilidad suscrita al momento de adquirir la cobertura de la póliza Vida Grupo Deudores No. 3350851; y (ii) si era obligación de SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., realizar un examen médico de ingreso a la señora Ramírez Sánchez, a fin de verificar el estado de salud del asegurado, so pena de no poder invocar las inexactitudes en que se hayan incurrido en la declaración del estado del riesgo, por parte del asegurado.

Decantado lo precedente, se empezará por analizar si el estudio probatorio hecho por la instancia respecto al contrato de seguro base de este proceso y las inexactitudes presentadas al momento de declarar el estado del riesgo, fue o no adecuado al asunto. Para ello, esta sede judicial deberá emprender su estudio, iniciando por recordar que frente a la reticencia, la sentencia C-232 de 1997 de la Corte Constitucional que analizó la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, indicó que no es posible solicitarle una extrema diligencia en el análisis de datos a la empresa aseguradora, puesto que esta ya acarrea un *"excesivo cúmulo de responsabilidades"*, fruto del manejo del riesgo en una multiplicidad de contratos, necesaria en una *"práctica aseguradora responsable"*; por tanto, dicta la misma providencia que *"es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar"*.

Con lo anterior, de entrada es dable señalar que la aseguradora contrata basándose en principio, por lo expresado por el tomador en cuanto al riesgo, y es por esto que el contrato de seguro debe contar con una buena fe más allá de la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos, esto es, debe contar con una *uberrimae bonae fidei contractus*, so pena de incurrir en inexactitudes y reticencias que afecten con nulidad el contrato de seguro.

En lo tocante a la reticencia o inexactitud en la declaración del tomador en los contratos de seguro, el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio señala que ese individuo *"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"* y que 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"*. Esta disposición es reafirmada para los seguros de vida en el artículo 1158 ibidem, el cual dispone que *"[a]unque 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"*.

Concretamente con el deber de información y el principio de buena fe, la Corte Suprema de Justicia, Sala de casación Civil, en sentencia proferida en el

expediente con No.66001-3103-004-2004-00179-01 con ponencia de la Magistrada Ruth Marina Díaz Rueda, refiere lo siguiente:

"(...) [L]a obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas."

En sentencia similar al caso que se maneja al del presente asunto, la Corte Suprema de Justicia, sala de casación Civil, en el expediente Nro. 1994-14978-02 y ponencia del Magistrado Manuel Isidro Ardila Velásquez al hacer referencia a la omisión de información por parte del asegurado en cuanto a su estado de salud, precisó:

"(...) que en el punto debía actuar con ubérrima buena fe, no podía menos de saber, y debió por tanto ponerlo en conocimiento de la aseguradora, que, al contrario de lo que declaró, y a lo que concretamente traía el formato preimpreso, no gozaba de buena salud; que en lo concerniente a ese aspecto presentaba una situación salida de lo común e incidía en el estado del riesgo asegurado"

Y en reciente jurisprudencia sobre el postulado de buena fe en los contratos de seguro, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia⁷, explicó que:

"(...) en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fe son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. Fundadas en el cuestionario o en su investigación en relación con el tomador, es como pueden asumir la determinación de no contratar o de hacerlo en condiciones más onerosas. La obligación emanada del 1058 es bifronte, cobija a las dos partes.

La regla, entonces, es que ninguno de los contratantes, mientras estuvo a su alcance, puede recargarse en el otro para evadir responsabilidad. El obrar de ambos debe estar guiado por una diligencia suma, especial, máxima. Y esto la diferencia de la exigida comúnmente en los demás negocios jurídicos. Así, relacionado con el estado de salud del potencial asegurado, por demás comprobable, el tomador debe declararlo sinceramente conforme al cuestionario propuesto, y la aseguradora, valorarlo a efectos de decidir si prescinde o no del examen médico"

Pues bien, en el caso que nos ocupa no se discute de forma alguna que el primero (1º) de enero del año 2012, Belén Ramírez Sánchez, tomó el seguro de vida individual para Deudores Hipotecarios No. 3702-26480 con la Aseguradora COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., para amparar el crédito hipotecario No. 0132204936416, con continuidad de cobertura de la póliza Vida Grupo Deudores No. 3350851.

Ahora bien en lo que refiere a la reticencia que se le endilga a la asegurada, en el plenario se encuentra acreditado que en el marco de la póliza Vida Grupo Deudores No. 3350851 la señora Belén Ramírez Sánchez el 2 de junio de 2010

⁷ Sentencia SC3791-2021 del 1.º de septiembre de 2021, MP Luis Armando Tolosa Villabona.

suscribió la declaración de asegurabilidad y con su firma asintió en que su estado de salud era normal y no padecía o había padecido cáncer⁸; no obstante, durante el decurso del proceso se acreditó que la señora Belén Ramírez Sánchez fue diagnosticada desde septiembre del año 2005 con cáncer de cérvix⁹, y a su vez, en la misma anamnesis recaudada en la historia clínica de la época, se refiere que *"en 1998 se le realizó una conización por un CA y en esa época el impacto fue "indescriptible"*.

Así las cosas, se estima que no se equivocó el *a quo* al declarar, con fundamento en la historia clínica de la asegurada, la invalidez del contrato pues constatado está dentro del expediente que ya desde el año 2005 se había diagnosticado con cáncer a la señora Ramírez Sánchez, y aun así respondió negativamente a la pregunta de haber sido diagnosticada o tratado con dicha patología en el presente o en el pasado y es que no puede acogerse el argumento de la apelación dirigido a señalar que no se demostró la mala fe de la asegurada, *en tanto ya había transcurrido "7 años" (SIC) desde que le fue diagnosticado el CA, sin que durante el interregno del diagnóstico y la firma de la declaración de asegurabilidad, se hubiese presentado alguna complicación en su salud*, puesto que (i) la pregunta incorporada dentro de la declaración de asegurabilidad fue clara en auscultar si la patología había sido diagnosticada en algún momento del pasado o en el presente, y (ii) por regla de la experiencia, sabido es que el cáncer representa un riesgo latente, en tanto por su complejidad puede regresar en el mismo lugar que comenzó, o podría regresar en otra parte del cuerpo, tal y como le acaeció a la actora, quien ya desde el año de 1998 conocía de un primer diagnóstico de cáncer y de su propensión al mismo.

En consecuencia, la respuesta dada dentro de la declaración de riesgos suscrita desde el 2 de junio de 2010 se califica como un acto de insinceridad, pues al tener conocimiento de la mentada patología, ésta debió ser comunicada, como hecho de interés para que la sociedad aseguradora decidiera si otorgaba o no el amparo y, en caso afirmativo, en qué términos.

Corolario de lo expuesto, al callar el tomador, información que era de importancia para la expresión del consentimiento por parte de la aseguradora, desconoció el principio de la buena fe, que de manera superlativa se exige en esta tipología de negocio, en el que se maneja el fluido suministro de datos, que se aportan sin necesidad de que se haya verificado su real existencia, razón por la cual *"en lo que respecta al tomador o asegurado las hace al solicitar el seguro, las que exige la ley deben hacerse con pulcritud, que sean verídicas y que no haya callado ni ocultado circunstancias que de conocerlas el asegurador, no habría consentido en el contrato, o habría consentido en él bajo otras condiciones"*¹⁰

Finalmente, respecto al uso de las sentencias de tutela de la Corte constitucional, cabe precisar que si bien el precedente constitucional puede tener un carácter vinculante, puesto que tiene la virtualidad de establecer una interpretación normativa ceñida a los postulados de la Constitución Política; también lo es que la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia *"(...) tiene fuerza de precedente y se encarga no solo de trazar unas directrices dentro de la respectiva jurisdicción (civil, penal, laboral), sino también de ofrecer una garantía de que las decisiones*

⁸ Página 98 del documento PDF "03Cuaderno principal 3"

⁹ Página 63 del documento PDF 02Cuaderno principal 2

¹⁰ CSJ. Sentencia S-139 del 18 de octubre de 1995.

*judiciales se basen en una interpretación razonable del marco legal establecido*¹¹

En tal orden de ideas, se considera que la jurisprudencia a la que se hace referencia dentro de la apelación objeto de conocimiento, si bien podría constituir un criterio auxiliar de interpretación, la misma, por su naturaleza, solo puede tener efectos interpartes y no puede ser aplicada como un precedente jurisprudencial vinculante para esta jurisdicción, en tanto (i) no constituye un precedente vertical instituido en materia de seguros, (ii) desatiende el desarrollo jurisprudencial adelantado por la Corte Suprema de Justicia en su calidad de órgano de cierre en la jurisdicción civil y (iii) contraviene lo dicho por la misma Corte Constitucional, al analizar la constitucionalidad del artículo 1058 del Código de Comercio.

Ahora, si en gracia de discusión se revisara la decisión emitida por la Corte Constitucional dentro de la sentencia T-670 de 2016, lo primero que habría que precisar es que la misma aun cuando impondría al asegurador la obligación de realizar exámenes médicos de ingreso o exigir la entrega de unos recientes previo a la celebración del contrato, no eliminó la obligación del tomador de declarar el estado de riesgo atendiendo al principio de buena fe, pues incluso en su obiter dicta, señaló que:

"(...) lo anterior 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 Carta Política repudia tanto las prácticas arbitrarias de las aseguradoras, como de las demás partes. 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.

Como resultado de lo anteriormente expuesto, se entiende que cuando un tomador- beneficiario de buena fe manifiesta estar en óptimas condiciones genera la seguridad de tener una posición jurídica definitiva, la cual es la convicción de estar cubierto ante cualquier siniestro en los términos del contrato. En este sentido, se puede entender que la entidad aseguradora atenta contra el régimen constitucional y legal aplicable cuando súbitamente desconoce la reclamación de un siniestro alegando la existencia de síntomas que el beneficiario no conocía, o que no fueron expresamente excluidos del amparo por la omisión y negligencia de aquella."

Y es que en efecto la obiter dicta antes reseñada, comparte la conclusión dada por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC3791-2021 del primero de septiembre de 2021, también reseñada en párrafos anteriores, en tanto ambas puntúan que el principio de buena fe que rige el contrato de seguros opera en doble vía, y por ende ninguno de los contratantes, mientras estuvo a su alcance, puede recargarse en el otro para evadir responsabilidad; no obstante, el precedente jurisprudencial vertical sí precisó que *"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."*

Así, se considera que ya la Corte Suprema de Justicia ha aclarado que aun cuando a las aseguradoras les corresponda actuar activamente en la definición del estado

¹¹ Corte Constitucional Sentencia C-836 de 2001, recordada en la T-038 de 2016

del riesgo y por ende hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador, la omisión de estas solo le es reprochable cuando conoció o pudo conocer sobre las preexistencias de su asegurada; no obstante, en este asunto, no se acreditó de ninguna forma que la asegurada revelara algún síntoma o patología que llevara a concluir a la demandada, que la información suministrada dentro de la declaratoria del riesgo, resultaba falsa o la indujera a realizar algún examen médico adicional en aras de verificar la información ya suministrada por la tomadora del seguro.

Lo anterior, lleva a concluir que no existe elemento probatorio alguno que desvirtúe la buena fe con la que actuó COMPAÑÍA SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., en tanto la no realización de los exámenes a que se hace referencia en la apelación no es un elemento de validez del contrato de seguro, además de que no se acreditó que dada la existencia de algún indicio u otro elemento de convicción conocido por la aseguradora, esta hubiese aceptado de forma tácita o expresa la reticencia de la asegurada.

Ante este panorama y probada como está la estructuración de la reticencia y la consecuente nulidad relativa del contrato de seguro de vida, concluye esta sede judicial que hizo bien el juez de primera instancia al acoger la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro y desestimar las pretensiones de la demanda, razón por la que su fallo será confirmado y se impondrá la consecuente condena en costas a cargo de la parte demandante.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el JUZGADO VEINTICUATRO (24) 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 emitida por el Juzgado Cuarenta y Dos (42) Civil Municipal de Bogotá el 22 de junio de dos mil veintiuno (2021).

SEGUNDO: CONDENAR a la parte apelante en costas de la segunda instancia. Líquidense por el juez de primera instancia, en los términos del artículo 366 del Código General del Proceso, incluyendo la suma de \$1.000.000, como agencias en derecho.

TERCERO: Remítase el expediente al Despacho de origen, para lo pertinente.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, Y DEVUÉLVASE,


HEIDI MARIANA LANCHEROS MURCIA
JUEZ