



Bogotá D.C, primero (1º) de marzo de dos mil veintiuno (2021)
Ref: 110014003052020190079700

DEMANDANTE: ANA YAJAIRA VARGAS VARGAS
DEMANDADA: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Evacuadas todas las etapas propias del proceso que nos ocupa, se procede a dictar sentencia que en derecho corresponde.

ANTECEDENTES

La señora ANA YAJAIRA VARGAS VARGAS a través de apoderado judicial, promovió demanda verbal contra la sociedad AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., para que se declare a esta última civil y contractualmente responsable en el pago de la indemnización derivada del SEGURO DE BANCA SEGUROS GRUPO CON PLAN FAMILIA, en virtud de la póliza de seguros de vida No. 11000 del 11 de abril de 2017, cuyo tomador fue el BANCO COLPATRIA RED MULTIBANCA, asegurado el señor LUIS GABRIEL AREVALO MARTÍNEZ y como beneficiaria la aquí demandante, en consecuencia se ordene el pago a su favor de la suma de \$100.000.000,00, con ocasión al fallecimiento del asegurado.

Relató que el 8 de agosto de 2016 su difunto esposo LUIS GABRIEL AREVALO MARTÍNEZ, adquirió la póliza de seguro de vida grupo con plan familia No. 11000 con vigencia hasta el 5 de agosto de 2017, expidiéndose para tal fin el certificado individual No. 7807882, en donde el tomador es BANCO COLPARTIA RED MULTIBANCA y asegurado el referido señor.

Además, que el 11 de abril de 2017, LUIS GABRIEL AREVALO MARTÍNEZ, modificó la vigencia de esa póliza, la cual ahora sería anual, renovable, por lo que le fue expedido el certificado individual No. 7941617.

Que el 17 de enero de 2018 falleció el señor LUIS GABRIEL AREVALO MARTÍNEZ, producto de una caída de escaleras dentro del Parque Gallineral de San Gil, sufriendo un trauma craneo encefálico moderado y siendo remitido a la ciudad de Bucaramanga en donde tuvo lugar su deceso.

Que la aquí demandante estaba casada con LUIS GABRIEL AREVALO MARTÍNEZ (q.e.p.d.), procreando dos hijas, por lo que en calidad de cónyuge superviviente el 23 de febrero de 2018, presentó la respectiva reclamación ante la Aseguradora, quien a través de comunicación del 23 de marzo de 2018, objetó la reclamación arguyendo que el asegurado no había declarado su verdadero estado de salud.

Adicionó que LUIS GABRIEL AREVALO MARTÍNEZ, tenía otras pólizas con otras entidades, quienes procedieron al pago sin novedades.



ACTUACIÓN PROCESAL

Presentada la demanda y una vez subsanada la misma, este Juzgado libró auto admisorio el pasado 30 de agosto de 2019.

La sociedad demandada por intermedio de apoderado judicial, contestó la demanda oponiéndose a las pretensiones invocadas, alegando las excepciones que denominó "preexistencia" la cual representa un impediente insuperable para el pago de la indemnización solicitada por la demandante, ello teniendo en cuenta que el asegurado sufría de varias enfermedades desde antes de la celebración del contrato de seguro, tales como, cirrosis, hepatitis c, varices esofágicas y hemorragia intestinal, las cuales de acuerdo a su historia clínica iniciaron antes de empezar la vigencia de la póliza expedida por esa entidad, de modo que para el momento en que la demanda asumió el riesgo ya éste existía.

Por lo que aseguró, que la consecuencia de las preexistencias frente a los contratos de seguros es que no puede haber cobertura cuando el siniestro se deriva de esas condiciones preexistentes, dado que el riesgo en este caso ya existe, desconociendo que aquel debe ser futuro e incierto que no depende de la voluntad del tomador o asegurado. (art.1045 del C.Co.).

Al tiempo propuso "Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud", asegurando que LUIS GABRIEL AREVALO MARTÍNEZ, incurrió en una reticencia cuando contrató el seguro emitido por la demandada, ya que no informó de manera sincera y completa su condición de salud en ese momento, razón por la cual dicho acuerdo adolece de nulidad relativa, por lo que la solicitud indemnizatoria no puede prosperar, esto fundamentado en los artículos 1058 y 1158 del C.Co.

Agregó, que en la declaración de asegurabilidad que diligenció negó sufrir de los padecimientos que para esa época ya lo afectaban (cirrosis, hepatitis c, varices esofágicas y hemorragia intestinal), siendo de suma importancia que informara el estado de riesgo inicial, en tanto de eso depende el rango de cobertura que se otorga y la prima que se cobra en cada caso, pues si la demandada hubiese conocido el estado real de salud del asegurado, se habría abstenido de celebrar el seguro o habría estipulado condiciones más onerosas, en caso contrario se genera la nulidad relativa de dicho acto.

Para finalizar, afirmó que en el asunto se configura una "Violación del principio de buena fe que rige el contrato de seguro", dado que el asegurado fue reticente y no declaró sinceramente el estado real del riesgo.

CONSIDERACIONES

Revisada la actuación, se advierte que en este caso concurren los presupuestos procesales, no existe reparo alguno sobre el procedimiento adelantado, tampoco hay causal de impedimento y, finalmente, las garantías fundamentales de las partes dentro del juicio han sido resguardadas.

La competencia radica en este Juzgado, los extremos de la Litis gozan de capacidad para ser partes y comparecer, además, están legitimados para actuar, por cuanto la señora



ANA YAJAIRA VARGAS VARGAS acude en calidad de beneficiaria de la póliza No. 11000 y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. acude al llamado en calidad de aseguradora, en tal sentido se tiene que las partes antes referidas concurren al presente asunto como demandante y demandada, respectivamente.

Pues bien, a fin de resolver el asunto es preciso recordar que un contrato de seguros es aquel, a través del cual se conviene que una entidad denominada Aseguradora asuma el riesgo que corre otra persona (asegurado) a cambio de una prima, de tal suerte que la primera, compensará el daño o perjuicio que sufra el asegurado, siempre y cuando acontezca el riesgo asegurado. Además, los elementos esenciales de este tipo de contratos son: i) riesgo asegurable; ii) prima; iii) interés asegurable y, iv) la obligación condicional del asegurador.

Por su parte el artículo 1036 del C.Co., establece que el contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva. De modo que al ser consensual las dos partes, asegurado y asegurador, deben conocer y aceptar expresamente las condiciones del contrato y al ser aleatorio, ninguna de las partes sabe con seguridad si ocurrirá o no la contingencia asegurada ni cuándo se producirá ésta.

A su turno la jurisprudencia ha establecido el deber que tiene el tomador (o asegurado), de informar sobre la existencia de una enfermedad, así como la gravedad de la misma, al momento de celebrar el contrato¹. Si el tomador (o asegurado) no informa sobre dicha situación, puede configurarse la reticencia, reglamentada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

En otras palabras, si el tomador (o asegurado) conoce de la existencia de las enfermedades que padece, debe ponerlas en conocimiento de la Aseguradora, pero debe aclararse que esta carga no recae en sí sobre la existencia misma de la enfermedad, sino sobre el conocimiento real que se tiene de ésta².

Esto fue explicado por la Corte Suprema de Justicia en el 2011, al estudiar la posible reticencia de una persona que sufrió de unos síntomas en días previos a la celebración del contrato de seguro, pero que no conocía del padecimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para la Corte Suprema de Justicia, existe un buen número de enfermedades que pueden estar presentes en el organismo humano mucho antes de la época en que se diagnostican o se exteriorizan para incidir negativa y sensiblemente en la salud de las personas³. Este tipo de enfermedades (como el VIH), no serían determinantes al momento de celebrar el contrato de seguro –aun si existiesen antes del mismo–, siempre y cuando no hayan sido diagnosticadas⁴.

¹ Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez. Este criterio es compartido por la Corte Constitucional, quien en sentencia T- 222 de 2014 sostuvo que "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, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad".

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 28.11.2011, Magistrado Ponente Arturo Solarte Rodríguez.

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 28.11.2011, Magistrado Ponente Arturo Solarte Rodríguez.



En síntesis, el deber de seguimiento estricto de la buena fe para el tomador (o asegurado) consiste en informar sobre el conocimiento que tiene sobre aquellas enfermedades que le han sido diagnosticadas al momento de la celebración del contrato de seguro.

Así mismo, debe recordarse que la jurisprudencia constitucional ha señalado que la aseguradora está facultada para excluir los eventos preexistentes al contrato, que tengan la probabilidad de generar en el asegurado una afectación que cause posteriormente la reclamación contractual, de ahí la necesidad de que el tomador manifieste de manera completa y veraz su situación médica al momento de rendir la declaración para la suscripción de la póliza de seguro, so pena que la ley declare la anulación del contrato o en su defecto el pago de un porcentaje de la contingencia cubierta (error inculpable).

Siendo así, resulta preponderante en este tipo de contratos que el tomador o asegurado, realice la declaración de riesgo o asegurabilidad de manera fidedigna y advirtiendo a su asegurador las enfermedades o padecimientos que le han sido diagnosticados, pues de lo contrario su omisión podría conllevar, de una parte, a que se declare una preexistencia en el contrato o de otra se configure reticencia en la información.

Lo anterior en virtud del deber que establece el artículo 1058 del C.Co., según el cual el silencio u omisión de la información solicitada acarrea la nulidad relativa del contrato de seguro, afectando de manera directa la validez del negocio jurídico por una causal de nulidad que impide generar los efectos esperados por las partes.

Siendo así, el mentado canon del Estatuto Comercial, señala: *"El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...)"*.

En efecto, el canon 1158 del C.Co, establece: *"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"*, de modo que el legislador ha sido reiterativo al señalar que al asegurado le asiste el deber legal de declarar sinceramente los hechos y circunstancias que rodean el estado de riesgo que la Aseguradora pretende asumir, para que de esta forma decida si suscribe el contrato de seguros.

Siguiendo esta misma línea es necesario advertir que la reticencia es considerada como aquel evento que genera un vicio en el consentimiento de la aseguradora y que afecta la eficacia del contrato de seguro de vida por contradecir el mandato de buena fe constitucional. Por esta razón, su ocurrencia se castiga con nulidad relativa en los contratos y se niega al reclamante la posibilidad de ser cobijado por la cobertura.

Es claro entonces que la Ley impone al tomador, el deber de declarar sinceramente los hechos y circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, dado que el estado del riesgo constituye un factor determinante en la etapa preliminar, es decir, en la etapa



previa al perfeccionamiento del contrato, toda vez que la declaración de información que hace el tomador, condiciona la aceptación de la aseguradora.

De manera que, en este tipo de contratos, el legislador ha establecido de suma importancia que el tomador o asegurado, actúen de buena fe a la hora de realizar su declaración de riesgo, con la finalidad de que no omitan información relevante ni induzcan a error a su contraparte. Por eso, cuando el reclamo del asegurado se basa en un hecho preexistente del tomador, el pago de la indemnización se disminuye en un porcentaje cuando el error del tomador no se causó por culpa suya. Y en igual medida, cuando el hecho preexistente fue omitido a sabiendas por el tomador, el contrato se verá viciado con nulidad relativa y no procederá pago alguno por el siniestro.

Por su parte la preexistencia es una condición, enfermedad o situación que aconteció antes de la celebración del contrato de seguro, determinante en la ocurrencia del siniestro, que de haber sido conocida por la aseguradora la habría llevado a establecer unas condiciones más onerosas o en su defecto la hubiera retraído de celebrar el negocio jurídico.

Dicho en palabras de la Corte Constitucional "*Se entiende por "preexistencias" las afecciones que ya venían aquejando al paciente en el momento de suscribir el contrato, y que, por tanto, no se incluyen como objeto de los servicios, es decir no se encuentran amparadas*"⁵.

Además, tratándose de la nulidad del contrato de seguros, sólo es susceptible de declararse por una autoridad jurisdiccional, de allí, que el artículo 1743 del Código Civil disponga: "*La nulidad relativa no puede ser declarada por el juez o prefecto sino a pedimento de parte...*"; por lo que resulta abiertamente procedente que dentro de la actuación el interesado que considere que el contrato se encuentra afectado por esa figura, pueda alegarla, para que el juez de la causa determine o no su configuración.

Ahora bien, jurisprudencial y doctrinalmente se ha establecido que la excepción no es otra cosa que una institución creada como mecanismo de defensa de la parte demandada frente a las súplicas o pretensiones del actor, la cual se caracteriza y define por dos aspectos fundamentales, cuales son: a) el derecho que se tiene para alegarla y, b) las pruebas en que esta se soporte.

Las excepciones propuestas, para enervar las súplicas del oponente, deben estar fundamentadas sobre las pruebas oportuna y regularmente aportadas al proceso, pues sobra señalar que de nada sirve estar amparado por un derecho que se supone perfecto, sino se allegan las pruebas que lleven al fallador a la certeza jurídica de que éste ha sido debidamente demostrado mediante el uso de los mecanismos probatorios determinados por la ley.

Y con el fin, justamente de enervar la acción impetrada, la parte demandada formuló las excepciones que denominó: "**i) Preexistencia; ii) Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud y, iii) Violación del principio de buena fe que rige el contrato de seguro**", desde tal perspectiva, y con el fin de analizar la defensa planteada se abordará el problema jurídico que en tal sentido plantea el litigio, esto es -"*Determinar si la*

⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17.



aseguradora AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., es civilmente responsable de pagar la indemnización por muerte, prevista en la póliza No. 11000, cuyo certificado de vigencia es el 7941617, en virtud del fallecimiento del señor Luis Gabriel Arévalo Martínez, o si por el contrario habría una preexistencia médica en la salud del asegurado por lo que había incurrido en una reticencia en la información a la hora de suscribir el contrato y por ende el mismo es nulo relativamente por dicha circunstancia, lo que de suyo imposibilitaría a la Aseguradora demandada en asumir el riesgo amparado".

Pues bien, evidente es que la sociedad demandada no desconoció la existencia del contrato de seguro sobre el que versa este litigio ni tampoco el monto de la indemnización reclamada por su contraparte. Lo que sí cuestionó, fue la eficacia y la exigibilidad de las obligaciones dinerarias derivadas de ese negocio jurídico asegurativo.

Sea lo primero indicar que el fallecimiento del señor Arévalo Martínez acaeció el 17 de enero de 2018, tal y como consta en el Registro Civil de Defunción que milita en la página 3 del cuaderno 1, y que en virtud de la póliza No. 11000, aquel fungía como asegurado en ese contrato de seguro, además, dicha póliza, tiene fecha de expedición 11 de abril de 2017 y vigencia desde el 10 de abril de 2017 con vigencia anual renovable (pág.7, cdno.1):

A su turno es importante relieves que a través de la "SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO No. 11000", con número de certificado individual, en el aparte de declaración de asegurabilidad, el señor Arévalo Martínez, afirmó: "1. MI ESTADO ACTUAL DE SALUD ES NORMAL, NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES CONGÉNITAS O QUE INCIDAN SOBRE LOS SISTEMAS ORGANICOS DEL CUERPO HUMANO. EN LA ACTUALIDAD NO SUFRO DE ENFERMEDADES, AFECCIONES O ADICCIONES QUE REPERCUTAN DIRECTAMENTE SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE FUMO MENOS DE DIEZ (10) CIGARRILLOS AL DIA, NO TENGO PENDIENTES TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRURGICAS, NO PADEZCO DE LESIONES O SECUELAS DE ORIGEN TRAUMÁTICOS O PATOLÓGICOS QUE AFECTEN MI SALUD Y QUE ADEMÁS NO TEGO OBESIDAD (...)" y en su numeral 4º, señaló: "LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN DESCRITAS, POR TANTO LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS, TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO" (pág.183, cdno.1).

Es decir, que el señor Arévalo Martínez, fue contundente al señalar que no había padecido ni padece actualmente (para la época de la suscripción de ese documento - 10/04/2017), ninguna enfermedad congénita o que incidan sobre los sistemas orgánicos del cuerpo humano.

Se tiene igualmente que en el cartular denominado "PÓLIZA DE SEGURO DE BANCA SEGUROS GRUPO CON PLAN FAMILIA", cuyo certificado individual es el No. 7941617, señaló claramente: "2. TENGO CONOCIMIENTO QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGURO, SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DE SEGURO: QUE EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR ELLAS ESTRICTAMENTE CON LA REALIDAD, ESTA QUEDA VICIADA DE NULIDAD (ART. 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO) Y



QUE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. SE RESERVA TODOS LOS DERECHOS QUE PUEDAN ASISTIRLE EN CASO QUE ANTES O DESPUES DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO SE COMPRUEBE QUE ESTAS DECLARACIONES NO SEAN VERIDICAS (...)" y seguidamente se indicó: "DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA AL MOMENTO DE LA SOLICITUD ES TOTALMENTE CIERTA Y CONFIABLE" (pág.7, cdno.1).

En este mismo sentido, se tiene que en el numeral 9º del documento de CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PLAN FAMILIA AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., se indicó: "DECLARACION INEXACTA O RETICENTE: LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD HECHAS A AXA COLPATRIA DARÁ LUGAR A LAS SANCIONES PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO" (pág.11, cdno.1).

A pesar de las anteriores aseveraciones y declaraciones realizadas por el señor Luis Gabriel Arévalo Martínez, conforme al material probatorio recaudado en este caso, para el despacho no cabe duda que el asegurado al momento de suministrar esa información a la aseguradora sí incurrió en una reticencia, pues a pesar de conocer plenamente las patologías que le habían sido diagnosticadas con anterioridad por sus médicos tratantes, decidió no informar tal situación a la aquí demandada a la hora de suscribir la solicitud de la póliza individual.

Nótese en este sentido, que, de acuerdo a la Historia Clínica del señor Arévalo Martínez, emitida por la FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL – INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, que refiere como fecha de ingreso y egreso 14/02/2016, el asegurado ingresó por el servicio de urgencias, además, se dejó consignado como Enfermedad actual "cirrosis, hepatitis C y varices esofágicas", además, se indicó como diagnósticos activos después de la nota; "OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS, HEPATITIS VIRAL TIPO C CRÓNICA, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA (en estudio)", al tiempo que se consignó en el aparte de "DESCRIPCIÓN DEL DIAGNOSTICO, HEPATITIS VIRAL TIPO C CRONICA – estado: confirmado; OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS – estado: confirmado y HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA – estado: en estudio, y como diagnostico principal de egreso, se señaló: HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA (págs.112 a 114, cdno.1).

A lo anterior, debe sumarse que, el asegurado recibió atención por el servicio de urgencias en la misma Institución médica el 15 de mayo de 2016 y hasta el 26 de mayo del mismo año, por motivo de dos sangrados abundantes por la boca, señalando que era paciente con antecedentes de varices esofágicas y cirrosis por hepatitis c. Además, en esa misma oportunidad se señaló como diagnostico principal: "Hemorragia gastrointestinal, no especificada" y, otros diagnósticos de ingreso: "Otras cirrosis del hígado y las no especificadas, Hepatitis viral tipo c crónica", igualmente, quedó registrado: "DESCRIPCIÓN DEL DIAGNOSTICO, HEPATITIS VIRAL TIPO C CRONICA – estado: confirmado; OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS – estado: confirmado y HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA – estado: en estudio, y como diagnostico principal de egreso, se señaló: HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA" (págs.120 a 144, cdno.1).



Y nuevamente se advierte en las páginas 150 a 156 del cuaderno 1, atención médica del 20 de junio de 2016, en esa misma Fundación, por el servicio de urgencias, ocasión en la que refirió "vómito con sangre", como diagnóstico principal: "Hemorragia gastrointestinal, no especificada" y, otros diagnósticos de ingreso: "Otras cirrosis del hígado y las no especificadas, Hepatitis viral tipo c crónica".

Así las cosas, es evidente que para esa época (año 2016) el paciente si padecía aquellas enfermedades, contrario a lo afirmado por la aquí demandante, quien aseguró en su declaración, que de acuerdo al tratamiento antiviral que recibió su esposo, el virus de la enfermedad de la Hepatitis C había sido erradicado de su cuerpo, ello sin que el despacho desconozca que el asegurado en efecto estuvo siendo tratado con "peg interferón más rivabirina", lo cual se verifica con la historia clínica del 28 de abril, 21 de noviembre y 26 de diciembre de 2014, 19 y 21 de enero de 2015, 9 de febrero de 2015 y 22 de julio de 2015 (págs.158 a 181, cdno.1) y que de acuerdo al examen de VIRUS DE LA HEPATITIS C HCV – CUANTIFICACIÓN DEL RNA DEL HCV practicado a Luis Gabriel en el Centro de Análisis Molecular del 5 de febrero de 2015, su resultado arrojó: RNA HCV: NO DETECTADO UI/MI – Log10 (RNA): NO DETECTADO" (pág. 20, cdno.2).

La anterior situación, además, fue ratificada por la demandante, quien aseguró que a su esposo le fue descubierta la enfermedad de 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, aun cuando quedó con lesiones de tracto esofágico, pero que no sufría de sangrados, pues eso dependía de la calidad de vida. Sin embargo, tales aseveraciones no concuerdan con el historial clínico arrimado al paginario y que da cuenta que el asegurado fue atendido en múltiples ocasiones por los sangrados que padecía, así mismo, se pudo constatar, que a pesar que inicialmente en febrero de 2015 y de acuerdo a los resultados del examen realizado a Luis Gabriel, no se le había detectado el virus de la Hepatitis C, lo cierto es que para el año 2016, es decir con posterioridad a dicho examen, aquel aún seguía siendo atendido por esas patologías, pues así quedó consignado en las historias clínicas arrimadas al plenario.

A su turno Jorge Eliecer Jiménez Castro en calidad de Representante Legal de la entidad demandada, realizó un relato claro sobre el trámite a la hora de adquirir una póliza de seguro, afirmando que el señor Arévalo Martínez adquirió la póliza de seguro a través del Banco Colpatria para amparar los créditos solicitados en esa entidad y que en ese momento no se hizo ningún examen médico, además, que las razones para negar el pago de la indemnización fueron señaladas en la comunicación del 23 de marzo de 2018 a través de la cual se objetó el pago solicitado, con fundamento en las historias clínicas del 14 de febrero y 15 de mayo de 2016, en la que se reflejaban como antecedentes Cirrosis por hepatitis C, várices esofágicas, amputación de pierna izquierda por accidente de tránsito, además sigue la historia, señalando la urgencia adulta, dos episodios de sangrados por boca abundante, paciente con antecedentes de varices esofágicas, cirrosis por hepatitis c, por lo que dicha entidad pudo establecer el antecedente médico del señor Arévalo Martínez, dado que distaba de la declaración de asegurabilidad que aquel firmó al momento de solicitar la póliza.

A lo que añadió que dado el volumen de los negocios que maneja el Banco, se exige que el tomador del crédito suscriba una póliza no se pone un médico a cada uno de los tomadores de los créditos, por lo que se estableció ese formato de declaración de



asegurabilidad aprobado por la Super, el cual es diligenciado por el tomador, para que quede incluido en esta póliza y que no tienen otro formulario adicional.

Y que la causa de la muerte no tiene relación con los antecedentes, pero que la compañía lo que hace es una verificación de los antecedentes del señor, encontrando que hubo reticencia porque no declaró su verdadero estado de salud, así sea una causa diferente de la muerte.

Continuando con la valoración probatoria que se requiere para resolver el litigio, y dado que se tacharon como sospechosos a dos testigos, importa precisar, en primer lugar, que si bien la señora Yolanda Arévalo, fue catalogada como sospechosa por el demandado, en razón a su parentesco con el señor Luis Gabriel Arévalo Martínez, y segundo, el señor Rodrigo Orlando Riveros, fue tachado por el extremo actor, dada la dependencia laboral de aquel con la sociedad aquí demandada, lo cierto es que la jurisprudencia ha decantado que "la sola circunstancia de que los testigos sean parientes de una de las partes, no conduce necesariamente a deducir que ellos inmediatamente falten a la verdad, la razón y la crítica del testimonio aconsejan que se le aprecie con mayor severidad, que al valorarla se someta a un tamiz más denso de aquel por el que deben pasar las declaraciones libres de sospecha"⁶, ello quiere decir que esto en nada impide que el juez valore su testimonio, solo que lo tiene que hacerlo de manera más rigurosa y exhaustiva.

Situación que se predica igualmente respecto de aquellos testigos que dependen de alguna de las partes, es decir frente al testimonio del señor Riveros, quien es funcionario de la entidad accionada, por lo que es deber de esta juzgadora realizar una valoración exhaustiva sobre las declaraciones realizadas por aquel.

Ahora bien, concretamente sobre los testimonios objeto de debate, la jurisprudencia ha decantado que estos deben ser exactos y completos, por lo que deben brindar una explicación certera sin lugar a dudas de las circunstancias de tiempo modo y lugar en que haya ocurrido cada hecho y de la forma como se obtuvo conocimiento de aquel.

Sobre este último punto, ha sido postura de la Corte Suprema de Justicia "que la indicación de la forma como el testigo obtiene su conocimiento sobre los hechos es una regla de vital importancia para la apreciación racional de la prueba testimonial, **porque es lo que permite al juzgador valorar la consistencia de la información aportada por ese medio**, es decir su adecuación o correspondencia con la realidad. Las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos son la información que aporta el medio de prueba, a partir de la cual se establece la coherencia del relato, es decir su ausencia de contradicciones."⁷

En igual sentido ha establecido que "La exactitud que debe tener el testimonio se establece a partir de su coherencia y consistencia: un testimonio es exacto si sus enunciados corresponden a la realidad a la que se refiere y no contienen contradicciones. La compleción que exige la disposición es siempre relativa al *thema probandum*, porque no existe un testimonio 'completo' por sí mismo, sino un testimonio que explica con suficiencia demostrativa los hechos en que se basa la controversia, y esa suficiencia sólo puede ser

⁶ Sent C-790-06
⁷ SC18595-2016



valorada a partir de un análisis contextual de los hechos tal como suelen ocurrir en la realidad social"

Así entonces, se advierte que la señora Yolanda Arévalo, al rendir su testimonio, fue espontánea, coherente y sobre todo congruente al exponer los hechos que le constaban respecto de la suscripción de la póliza por parte de su hermano, al margen de lo cual, debe señalarse que su versión no tiene una mayor relevancia frente a lo que se pretende probar en el asunto, esto es si el asegurado fue reticente al momento de adquirir la póliza de seguro, pues la declarante solamente le consta que su hermano en algún momento le comentó que había tomado un seguro con Colpatria para el bienestar de sus hijas y que la aseguradora se había negado a pagar por las enfermedades que él tenía, aun cuando ésta última no había pedido nada, ni exámenes, pero tampoco sabe si le practicaron algún tipo de examen, pero afirmó que para el momento en que tomó la póliza ya le salía negativa la Hepatitis C y que su hermano trabajaba con normalidad en una empresa llamada Eurokit dedicada a la fabricación de cocinas.

En cuanto al testimonio rendido por el señor Rodrigo Orlando Riveros Santos, el cual, igualmente, fue tachado de sospechoso, esta vez por el extremo demandante, al respecto debe decirse que el deponente fue preciso y contundente en su declaración, ello aunado al conocimiento que tiene del tema que nos ocupa por el tiempo que ha desempeñado el cargo de Líder de suscripción del ramo de Pólizas de Vida Individual en la sociedad accionada, señalando que el señor Arévalo Martínez compró una póliza de vida grupo con vigencia del 10/04/2017 y que posteriormente se enteró de la reclamación por la muerte del tomador, procediendo a realizar el estudio respectivo, objetando la reclamación 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, con lo cual se estableció por parte de esa compañía, que esos antecedentes anteriores a la toma del seguro, alteraban el riesgo normal del señor al ingresar a tomar la póliza.

Al tiempo que señaló que las enfermedades que padecía el asegurado no eran congénitas, pero que dichos antecedentes si modificaban el riesgo con el que el asegurado pensaba entrar a la póliza, pues eso se basa en unas calificaciones que agravan el riesgo. Añadiendo que dadas las patologías no era viable asegurar a esa persona, y que al advertir los antecedentes de Hepatitis c, cirrosis, hemorragias, varices esofágicas, no era una persona con salud normal, y que el hígado pertenece a uno de los sistemas orgánicos, por lo que esas enfermedades si tenían afectación sobre ese órgano.

Además, refirió que el deceso tuvo lugar por el golpe que configura el trauma craneoencefálico, pero las patologías no tienen nada que ver con las causas de la muerte, aclarando que la objeción en el pago se hizo por el riesgo a la hora de tomar la póliza.

De suerte que para el despacho el relato del testigo resulta bastante detallado y conciso frente a lo acontecido con la suscripción de la póliza y la objeción en el pago de la indemnización por parte de la sociedad demandada.

De lo anterior, se puede colegir, que el señor Arévalo Martínez en efecto padecía ciertas patologías desde muchos años antes a su deceso, tales como Hepatitis C, Cirrosis Hepática, Hemorragias Gastrointestinales y Várices Esofágicas y, lo cierto es que no se



demonstró que aquellas enfermedades hayan tenido incidencia o fueren motivo de la muerte del asegurado, en tanto la epicrisis no señala tal situación y mucho menos fue acreditada una circunstancia distinta por parte de la sociedad aquí demandada.

A pesar de lo anterior, es claro que el asegurado si incurrió en una reticencia, en tanto 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., pues a pesar de conocer de manera precisa y clara las condiciones médicas que había padecido y que aun se presentaban en su estado de salud, decidió no informar tales afecciones a la aseguradora, impidiendo de esta manera que aquella decidiera si asumía el riesgo amparado o que decidiera colocar condiciones mas onerosas en virtud de la condición médica del asegurado.

Y es que para el despacho es claro, que no se trataban de pequeñas dolencias del asegurado, sino por el contrario eran de tal magnitud, que conllevaron a que fuera atendido por los servicios de urgencias en múltiples ocasiones, aunado al hecho de que había estado en tratamiento médico especial, tal y como fue relatado por la aquí demandante en calidad de cónyuge superviviente, quien de primera mano conoció el verdadero estado de su difunto esposo, por lo que al momento de rendir su declaración, expuso los pormenores que se suscitaron en el desarrollo de dicho tratamiento y los beneficios que se habían obtenido con el mismo, lo cual en todo caso, fue corroborado con el historial clínico allegado al paginario y que da cuenta de las verdaderas condiciones de salud del asegurado y que dan cuenta de varias patologías que no fueron declaradas ni puestas en conocimiento de la aseguradora al momento de la suscripción de la póliza No. 11000 con certificado individual No. 7941617.

Luego la denominada reticencia que alegó la demanda en realidad se configura en el presente asunto, esto con ocasión a las patologías que aquejaban al señor Luis Gabriel Arévalo Martínez desde antes de la toma de la póliza en cuestión, situación que como quedó expuesta en el sentido del fallo proferido por esta juzgadora en la audiencia del pasado 15 de febrero del año que avanza tendrá acogida, por ende se declarará la nulidad relativa del CONTRATO DE SEGURO DE BANCA SEGUROS GRUPO CON PLAN FAMILIA, en virtud de la póliza de seguros de vida No. 11000 del 11 de abril de 2017, con certificado individual No. 7941617, cuyo tomador fue el BANCO COLPATRIA RED MULTIBANCA y el asegurado LUIS GABRIEL ARÉVALO MARTÍNEZ y beneficiaria la aquí demandante, sanción que resulta lógica atendiendo los principios de buena fe que deben regir este tipo de contratos y que apareja el incumplimiento de uno de los deberes que el asegurado tiene en la etapa precontractual, en la medida en que no declaró de manera sincera los hechos o circunstancias que determinaban su estado de riesgo, para que a partir de allí la aseguradora pudiera valorar la conveniencia de asumir o no el riesgo que se pretendía amparar.

En este orden de ideas, es claro que la reticencia en la que incurrió el asegurado generó un vicio en el consentimiento de la entidad aseguradora, pues evidentemente esta falta de información en el estado de salud del señor Arévalo Martínez indujo en error a la hora de asumir el riesgo.

Recuérdese que el tomador del seguro o el asegurado, en su caso, dependiendo de la tipología contractual, debe revelar a la compañía aseguradora "los hechos o circunstancias de significación que le permitan al asegurador sopesar la potencial



siniestralidad en relación con el evento incierto materia del contrato, de modo que, conociéndola casi siempre por las informaciones del tomador, opte por asumir el riesgo y así tasar adecuadamente la prima o desistir de la celebración del contrato de seguro⁷⁸, situación que en el caso de marras no sucedió, pues a la hora de rendir la declaración de asegurabilidad se omitió informar las patologías y afecciones que venían aquejando al señor Luis Gabriel desde varios años atrás, obligación cuyo incumplimiento es manifiesto en el asunto sub examine, pues basta con confrontar la declaración de asegurabilidad que suscribió al solicitar su inclusión al seguro y las historias clínicas que fueron adosadas al plenario, para arribar a esa conclusión.

Circunstancia que en este caso resulta de vital relevancia, si se tiene en cuenta que la persona asegurada en vida fue sometida a tratamientos para superar la Hepatitis C, además, de las múltiples atenciones que ha recibido por parte de profesionales médicos, que han visto por su salud, verbi gracia por las afecciones de gran talante como la Cirrosis Hepática, Hemorragias Gastrointestinales y Várices Esofágicas que padecía, a pesar de lo cual decidió omitir dichos antecedentes médicos, razón por la que ahora no es posible acceder a que su cónyuge se beneficie de tal actuar, accediendo al pago de la indemnización de la póliza suscrita con la demandada.

Y tampoco puede decirse que la Aseguradora debía haber realizado inexorablemente un examen médico al asegurado, pues aun cuando aquella cuenta con esta facultad, no necesariamente tal situación releva al asegurado de cumplir fielmente con su obligación de brindar una información completa y certera sobre su estado de salud. Recuérdese que nuestro legislador no consagró la inspección del riesgo como una carga en cabeza del asegurador, para determinar si es cierto o no lo que el tomador o asegurado asevera sobre los hechos o circunstancias que determinan su estado del riesgo, ya que debe primar la buena fe que regula este tipo de contratos.

Luego, no puede derivarse ninguna consecuencia para Axa Colpatria Seguros de Vida S.A. la circunstancia de no haber constatado la veracidad de la declaración del señor Arévalo Martínez al momento en que fue incorporado a la Póliza No. 11000; de tal suerte, que para efectos de oponerse al pago que se le reclama le basta aducir la aludida reticencia, hecho que como se analizó en precedencia, se encuentra debidamente acreditado.

Por último y al encontrarse probada la excepción de Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia, el despacho se abstendrá de realizar el estudio de las demás excepciones propuestas, de conformidad con el artículo 282 del C.G.P., lo que conllevará a la terminación del presente proceso.

En mérito de lo expuesto el Juzgado Cincuenta y Dos (52) Civil Municipal de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

⁷⁸ Cfr. Sal. Cas. Civ. Sent. 11 de abril de 2002. M.P.: Dr. Jorge Santos Ballesteros. Exp. 6825.



RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR probada la excepción de Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia formulada por el extremo demandado, de acuerdo a lo expuesto en la presente providencia.

SEGUNDO: En consecuencia, **NEGAR** las pretensiones de la demanda, por las anteriores consideraciones.

TERCERO: DECLARAR la terminación del proceso.

CUARTO: DECRETAR el levantamiento de las medidas cautelares que recaigan sobre los bienes de la parte demandada. De existir embargo de remanentes, los bienes desembargados déjense a disposición de la autoridad respectiva. Oficiese a quien corresponda.

QUINTO: ORDENAR la entrega de los depósitos judiciales constituidos a favor de este despacho y por cuenta de este proceso a favor del demandado que los haya consignado.

SEXTO: CONDENAR en costas del proceso a la parte demandante. Inclúyase como agencias en derecho la suma de \$4'000.000,00. Líquidense.

SEPTIMO: Cumplido lo anterior archívese el expediente.

NOTIFIQUESE,

DIANA NICOLLE PALACIOS SANTOS

Juez