



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
SALA CIVIL – FAMILIA – LABORAL

PROCESO: VERBAL DE NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
ASUNTO: APELACIÓN SENTENCIA
RADICADO: 20001 31 03 001 2018 00062 01
DEMANDANTE: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
DEMANDADOS: HANNER JOSÉ MATTOS GUERRA

MAGISTRADO PONENTE: ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ

Valledupar, primero (1º) de agosto de dos mil veintitrés (2023)

Procede la Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, a resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandante en contra de la sentencia proferida el 21 de junio de 2019, dictada por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Valledupar, Cesar, dentro del proceso verbal de Nulidad de Contrato de Seguro, promovido por Allianz Seguros de Vida S.A. contra el señor Hanner José Mattos Guerra.

ANTECEDENTES

1.- La parte demandante ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., por conducto de apoderado judicial, interpuso demanda declarativa verbal de nulidad del contrato de seguro suscrito con HANNER JOSÉ MATTOS GUERRA, en la modalidad Póliza No. 022047743, por considerar que el demandando incurrió en reticencia o inexactitudes en la declaración de asegurabilidad.

Del relato fáctico de la demanda, expone que el señor MATTOS GUERRERO diligenció el formatos “solicitud seguro de vida individual – declaración de asegurabilidad” el día 13 de febrero de 2017, en el que manifestó no padecer ni haber padecido ninguna de las enfermedades señaladas en el cuestionario; cuando en historial clínica, la entidad encontró que el señor MATTOS GUERRA, padecía de *Cardiología: Hipertensión estadio II no controlada, Gastro:*

Colopatía, hemorroides, Ortopedia: Lumbalgia secundaria a discopatía L5-S1, paciente con cuadro de dos años de evolución irradiado a región dorsal al EF dolor a la movilización de columna, dolor paravertebral con sensación de espasmo doloroso, Neurocirugía: Lumbago no especificado, Psiquiatría: Trastorno depresivo moderado, Otorrino: Hipoacusia neurosensorial bilateral, Psiquiatría: Depresión recurrente, Trastorno de disco cervical, Trastorno de disco lumbar sin cirugía con parestesias más claudicación intermitente y alteración de amas de manera moderada, principalmente pierna izquierda Trastorno de disco dorsal, Trastorno depresivo recurrente.

Que el día 9 de noviembre de ese año, presentó reclamación por el amparo de incapacidad total y permanente, con fundamento en el dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral No. 201724080CC del 17 de octubre de 2017 emitido por Colpensiones, el cual arrojaba el 57% de PCL siendo la fecha de estructuración el 19 de agosto de aquel año.

Que objetó la reclamación el 6 de diciembre de 2017 al constatar que, en la solicitud del seguro, el tomador tenía antecedentes médicos que no declaró, lo que, a su juicio, vicia el contrato, pues faltó a la buena fe contractual que le era exigible.

2.- En consecuencia, pretende se declare que el señor HANNER JOSÉ MATTOS GUERRA, fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguro de vida individual modalidad No. 022047743. Y, por tanto, se declare la nulidad relativa del contrato de seguro de vida individual referido, se condene en costas y agencias en derecho.

Solicitó a su vez medida cautelar innominada consistente en la suspensión provisional del Contrato de Seguro dispuesto en la póliza de vida individual suscrito con el demandante, hasta tanto se resuelva de fondo sobre la declaratoria de nulidad relativa de dicho contrato.

TRÁMITE PROCESAL

3.- La demanda correspondió por reparto al Juzgado Primero Civil del Circuito en Oralidad de Valledupar, el que, mediante auto adiado veintiuno (21) de marzo de dos mil dieciocho (2018), la admitió, ordenando, de paso, correr traslado de esta al demandado por el término de veinte (20) días.

Surtido los trámites tendientes a la notificación del extremo demandado, sin que estos fueran fructíferos, se dispuso emplazar mediante auto de fecha once (11) de diciembre de aquella anualidad, acaecido el término, se nombró como curador *Ad Litem* del demandado, a la Dra. Ivanna Andrea Reyes Quintero, quien manifestó no constarle los hechos de la demanda, oponiéndose a las pretensiones.

4.- Formuló las excepciones de mérito que denominó *i) Incumplimiento de la Aseguradora al deber de comprobación o confirmación del Estado de Salud del Asegurado o Tomador; y ii) Inoperancia o Inaplicabilidad de la Sanción de Nulidad Relativa por Reticencia o Inexactitud*. Ambas apuntan a que la compañía de seguros tenía la carga de comprobar el estado de salud del demandado, investigando previo a otorgar la póliza, la discrepancia que si manifestó el tomador, al decir que no se encontraba en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar.

LA SENTENCIA APELADA

5.- Determinó la juez *a quo*, probada las excepciones de mérito propuestas por la Curadora *Ad Litem*. Arribo a tal decisión luego de memorar la jurisprudencia constitucional relacionada a la materia, la cual fue cimiento para concluir que, pese a la omisión del demandante en declarar con precisión su estado de salud, es también la aseguradora negligente por no cumplir con su carga de averiguar, dentro de los límites razonables, la gravedad de salud del tomador, pues en el caso que se estudia, este manifestó no encontrarse en capacidad de trabajar.

De esta manera, consideró que, en contratos de seguro las compañías

aseguradoras ostentan una posición dominante y por tanto está sujeta a unos deberes mayores, como lo es el corroborar el estado del riesgo mediante la práctica de exámenes médico, más aún cuando el tomador-beneficiario había indicado que no estaba en óptimas condiciones de trabajar, siendo entonces necesario constatar las enfermedades padecidas y proponer una póliza más onerosa, o abstenerse de asegurarlo.

EL RECURSO DE APELACIÓN

6.- La sentencia fue apelada en audiencia por el apoderado judicial de ALLIANZ SEGUROS, quien manifestó su inconformidad con el fallo al haberse probado que el demandado, si incurrió en reticencia y que tal circunstancia genera la nulidad relativa del contrato. Insistió en que la pregunta de su capacidad para trabajar era compuesta, como también debía ser su respuesta, pues a reglón seguido se solicitaba especificar los síntomas, sin embargo, no respondió, lo que no activa ninguna alerta que permita a la aseguradora verificar su estado de salud, máxime que en las preguntas específicas indica no padecer ni haber padecido ninguna de las allí relacionadas.

Insiste en que la respuesta compleja no se limita a decir no, debía el tomador especificar los síntomas que padece, para así la aseguradora pudiera circunscribir el examen médico, de lo contrario, se estaría ante un maremágnum de posibles enfermedades que convertirían al negocio asegurador en la verificación de todas las patologías que puede llegar a tener una persona, lo que sería más oneroso que la misma prima.

Escuchados los reparos, se dio traslado a la parte no recurrente para que se pronunciara respecto a los reproches endilgados, manifestando que no encuentra ningún desatino, y por tanto está conforme con la decisión.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

7.- De conformidad con el artículo 320 del CGP, la Sala es competente para resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, únicamente en los reparos concretos formulados por el apelante, sin perjuicio de las cuestiones que deban ser absueltas de oficio. Así mismo, esta providencia es emitida luego de efectuar control de legalidad sobre toda la actuación surtida y constatar que se cumplen todos los requisitos sustanciales y procesales para resolver de fondo.

Igualmente debe indicarse que, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2213 de 2022¹, se facultó al Juez de Segunda instancia para dictar sentencia por escrito, conforme a lo cual procederá esta Corporación.

8.- En forma preliminar, se realizará un estudio de las reglas señaladas en la jurisprudencia del Tribunal de cierre, a fin de establecer si el demandado tuvo un comportamiento reticente, al omitir especificar en el formulario de asegurabilidad, por qué no se encontraba en capacidad para trabajar, y por tanto, era viable declarar la nulidad relativa del contrato de seguro alegado dentro del comentado litigio.

Discurre la crítica endilgada al veredicto que, fue probada la inexactitud en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador, siendo entonces contrario a las normas que rigen el contrato de seguro, desconocer la configuración de la reticencia, habida cuenta que el asegurado tenía la carga de informar fielmente los hechos determinantes sobre sus patologías al momento de hacer las estipulaciones, y al no hacerlo, queda vinculado consecuentemente a la nulidad del seguro de vida suscrito.

Sea lo primero decir que, debe distinguirse entre inexactitud y reticencia, la primera de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la

¹ Artículo 12. APELACIÓN DE SENTENCIAS EN MATERIA CIVIL Y FAMILIA. El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia se tramitará así: (...) Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado. (...)

información declarada y la situación del tomador o asegurado; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales.

De la reticencia se desprende la calificación de la conducta al seguirse en estricto sentido la buena fe con la que debe obrar el tomador, pues en él recae la obligación de informar sobre el conocimiento de enfermedades que le han sido diagnosticadas al momento de la celebración del contrato. Ante el desconocimiento del deber de declarar, que es lo mismo decir la configuración de reticencia, necesariamente ha de existir una actuación de mala fe, pues no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de esta en la declaración se debe a la intención del tomador o asegurado a evitar que el contrato se haga más oneroso.

Es por ello que le asiste el deber a la aseguradora de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, probando la mala fe por parte del tomador, asimismo, evidenciar la relación causal entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, verse inmerso en esta, no opera mecánicamente.

Con relación a la reticencia, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, ha construido criterios para atender al interrogatorio de alegar reticencia per se, es suficiente para decretar la nulidad relativa o implica demostrar algo adicional, mencionados en reciente sentencia CSJ SC3791-2021:

1. Buena fe. [L]a buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se

reputa válida². 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecucional de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. (...). 5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela. (subrayado fuera del texto original)

En síntesis, la reticencia equivale al ocultamiento de información en el contrato de seguro de vida; que propuesta como objeción a la reclamación, debe demostrar fehacientemente la conexidad de las enfermedades padecidas precontractualmente con el siniestro, y la mala fe del tomador. Ergo, las aseguradoras en el momento del diligenciamiento, deben ser diligentes en la verificación del estado del riesgo, exigiendo la entrega de exámenes médicos recientes o la realización de aquellos, pues, de no llevarse a cabo, la compañía es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones o imprecisiones en el negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el contrato, por ser la parte débil de esa relación.

Se tiene entonces desde la hermenéutica realizada por el órgano de cierre de la jurisdicción civil que, no toda omisión del tomador puede ser considerada como reticencia, porque compete a la aseguradora como obligación de hacer, tomar las medidas conducentes para comprobar la información suministrada.

² COLOMBIA, CSJ. SC Sent. del 15 de marzo de 1944, del 12 de diciembre de 1955, del 23 de septiembre de 1974, del 11 de marzo de 2004; del 13 de julio de 2005; y del 30 de junio de 2011.

9.- El análisis del precedente trasuntado resultaba esencial para abordar el tema aquí planteado, por cuanto, la aseguradora no es engañada al esconderse el estado de salud del beneficiario, quien claramente respondió no encontrarse apto laboralmente, no se evidencia intención de ocultar su estado de salud para evitar cambios contractuales o sacar ventaja, más aun cuando en cabeza de ALLIANZ SEGUROS existía la posibilidad de realizar los exámenes pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador para establecer las condiciones contractuales.

Por consiguiente, el asegurador si conocía la realidad del riesgo en los acuerdos para la celebración del contrato, la aseguradora estaba en posibilidad de decidir sí asumía el riesgo o lo rechazaba, y en el caso del señora MATTOS, se trataba de una situación detectable objetivamente, es decir, la manifestación de encontrarse en incapacidad de trabajar, dentro de una mediana inteligencia, es una alarma suficiente para que el asegurador hubiera desplegado conductas activas respecto a la verificación de índole técnica que permitiera precisar la información requerida.

La buena fe que reclama el demandante, no se predica en un solo sentido, pues este es un postulado de doble vía que se expresa en una información reciproca de las partes al momento de las negociaciones, el tomador que debe entregar al asegurador los elementos de juicios que para aquel resulten necesario para decidir si asume o no el riesgo, y a su vez el asegurador debe asesorar e informar al tomador de todas las circunstancias que conoce dado su profesionalismo del mercado aseguraticio, situación que no fue del caso *sub examine*, pues el extremo activo, pese a que en la declaración de asegurabilidad observa los contrastes en la pregunta referida a la capacidad para trabajar y la de padecer de alguna de las enfermedades relacionadas, debió brindar mayor claridad o herramientas para que pudiera el demandando describir en forma correcta el estado del riesgo.

Esta obligación de informar, es transversal en todos los contratos en que un comerciante profesional negocia con bienes o servicios. La jurisprudencia ha interpretado en materia de seguros de vida, que la buena fe como postulado de doble vía, se traduce en un deber de proveer información por parte del

asegurador, tan completa como sea posible ante cualquier circunstancia relacionada con el contrato de seguro, en ello se incluye conducir al tomador al momento de declarar su estado del riesgo, y de cara discrepancia en sus respuestas, o mejor dicho, la omisión en de la respuesta “compleja”, no solamente consistía en informar sino aconsejar a quien sería su futuro cliente, de las circunstancias que generaría aquella inexactitud.

Distinto sería cuando el tomador – beneficiario, aun con todas las indicaciones dadas por la aseguradora, es reticente, aspecto que, si puede configurarse luego de examinar la intención dolosa de esconder su estado de salud, aun con el control realizado por la compañía de seguros.

10.- En suma, ALLIANZ SEGUROS debió desplegar conductas encaminadas a verificar que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real de Hanner Mattos, lo cual podía lograr a través de acciones tales como la revisión a la historia clínica y con ello tener mejor precisión de los exámenes médicos a realizar, ello con el fin de establecer las condiciones contractuales, y no esperar a que sea efectuada la reclamación para percatarse de las inconsistencias en lo declarado, misma que si fueron advertidas por el tomador en su declaración del estado del riesgo al contestar NO en la pregunta relacionada a su capacidad para trabajar. Claramente se trataba de situación detectable objetivamente por la aseguradora, lo cual le permitía retraerse de la celebración del contrato o tasar una prima más onerosa.

No era admisible atribuirle mala fe al demandado, pues no está demostrada su intención de ocultar su estado de salud para sacar ventajas de la relación contractual suscitada. Entonces, si el artículo 1059 del Código de Comercio sanciona la mala fe en la conducta del asegurado, evidente es, mientras ésta no sea demostrada por la aseguradora su alegación de reticencia no produce la nulidad relativa del contrato, situación que así declaró la Juez de primer grado.

En conclusión, se colige que carecen de mérito los argumentos del apelante para eclipsar la decisión adoptada, de ahí que deba confirmarse, atendiendo además las razones discurridas en esta instancia. Dispondrá la Sala, ante el fracaso de la alzada, condenar en costas en esta instancia a la parte recurrente

en la suma de un (1) SMLMV, tasadas de forma concentrada por el Juzgado de primera instancia.

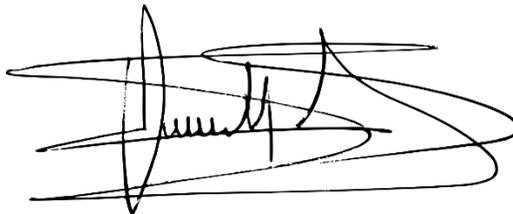
DECISIÓN

Por lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil - Familia – Laboral, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la sentencia proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Valledupar - Cesar, el 21 de junio de 2019, por las razones expuestas en la parte motiva de esta decisión.

Costas como se dejó visto en la parte motiva.

Devuélvase el expediente al juzgado de origen una vez cumplidos los trámites propios de esta instancia. Déjense las constancias del caso en el sistema justicia siglo XXI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ

Magistrado Ponente



JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH

Magistrado



HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA

Magistrado