



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO**

Bogotá D.C., veinticinco (25) de octubre de dos mil veintidós (2022)

EXPEDIENTE No. 110013199-003-2019-01714-01

**ASUNTO A RESOLVER**

Encontrándose que dentro del presente asunto, remitido a este estrado en virtud del recurso de apelación presentado por la parte actora en contra de la sentencia proferida en primera instancia por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, se surtió, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 14 del Decreto 806 de 2020, la etapa de sustentación de los reparos contra la providencia por el censurante, así como su traslado a la contraparte, aunado a esto que no existen pruebas adicionales que practicar en este estadio procesal, procede el despacho a emitir sentencia de segunda instancia desatando la alzada propuesta, previo los siguientes,

**ANTECEDENTES:**

ZAMIRA VERGEL SANTOS, ÁLVARO VERGEL SANTOS y MARÍA MILENA VERGEL DE PÁEZ, actuando a través de apoderado judicial, formularon demanda verbal en contra de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC, con el objetivo de que estas últimas pagaran el riesgo amparado bajo la póliza matriz vida grupo deudores AA000108, por un valor de \$61.563.255.

Los accionantes sustentaron sus pretensiones así: Refirieron que la señora Luz Marina Vergel Santos (QEPD.), fallecida el 13 de octubre de 2019, adquirió una obligación crediticia con una entidad denominada como Fomanort, suscribiendo igualmente la póliza atrás referida, en aras de asegurar el pago de la acreencia aludida. De esa manera, afirmaron que los riesgos amparados ascendieron a \$46.563.255 por concepto “básico muerte”, “vida completa” por \$46.563.255 y una “cláusula especial de reclamos” por \$15.000.000. Así mismo, indicaron que la causante canceló oportunamente las primas del seguro hasta su muerte, momento en el cual, la institución que expidió el crédito elevó la reclamación respectiva ante las entidades demandadas. Adujeron entonces que estas objetaron esta última, ello el 29 de noviembre de 2019, al considerar que nunca se informó el estado de salud de la deudora. Señalaron igualmente que la fallecida padecía desde 2002 de cáncer de cervix, y que dicha circunstancia nunca fue ocultada ni a su acreedor ni a las compañías aseguradoras convocadas, quienes alegaron reticencia, sin considerar que los documentos referentes a la asegurabilidad de la difunta son ilegibles, hecho que tildaron como irregular, aduciendo que por ello no es posible el lleno de la declaración de asegurabilidad, siendo esto, según lo consideraron, contrario a lo estipulado en la Ley 1328 de 2009.

Radicado el libelo, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia lo admitió, mediante auto datado 31 de julio de 2020, proveído en el



*JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO*

que se ordenó notificar a las demandadas para que, dentro de la oportunidad procesal correspondiente, hicieran uso de su derecho de contradicción.

La demandada LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC, dio contestación a la demanda, señalando que la póliza sobre la cual se erige la reclamación estudiada fue emitida por esa entidad, mas no por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC. Refirió que no se ha demostrado que la signataria del seguro comunicara las circunstancias de salud que la aquejaban desde 2002. Adujo entonces que el contenido de la declaración de asegurabilidad sí era legible, tanto que ello bastó para que la deudora lo llenara con sus datos personales, teniendo los conocimientos básicos, debido a su profesión, para el entendimiento de la información que a través de esta le fuera requerida. Relató así mismo, que la asegurada debió reportar las novedades que existieran respecto de su estado de salud al momento de firmar la póliza, lo cual no hizo, ya que en la declaración de asegurabilidad se evidencia que manifestó estar en óptimas condiciones.

Con base en lo anterior, se opuso a las pretensiones de la demanda, planteando como excepciones de mérito las denominadas como “falta de legitimación en la causa por activa”, “inexistencia de riesgo incierto y futuro que pudiera ser objeto de aseguramiento”, “ausencia de cobertura por exclusiones expresas”, “buena fe contractual de La Equidad Seguros Vida OC al momento de expedir el seguro de vida deudor”, “nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la información y/o inexactitud del estado del riesgo del asegurado”, “inexistencia de la obligación de afectación del contrato de seguro”, “sujeción al contrato de seguro celebrado”, “límite del valor asegurado para cada amparo” y “prescripción”.

Lo anterior, sustentado en que, inicialmente, los demandados no se encuentran facultados para realizar la reclamación de marras, en atención a que dentro del contrato de seguros no figuran como asegurados, beneficiarios o tomadores. Adicionalmente, se arguyó que no existió riesgo incierto asegurable, toda vez que, aun cuando en la declaración de asegurabilidad se pusieron de presente variedad de enfermedades excluidas del amparo de seguro, para que la deudora manifestara si padecía alguna de ellas, esta obvió poner en conocimiento su patología cancerígena, la cual se originó previamente a la suscripción del contrato. Con ello, aseguró que faltó dicho requisito esencial en el contrato de seguro, derivando en la inexistencia del consenso, así como de toda obligación por parte de esa entidad para indemnizar. Afirmó entonces que se trasgredió la ubérrima buena fe que caracteriza a los contratos de seguros, toda vez que, aunque esa institución amparó el riesgo, lo hizo basado en lo informado por la asegurada. Señaló igualmente que la falta de honestidad de esta última frente a lo requerido en el contrato de seguros configuró una reticencia, derivando en que, por ello, al no existir el riesgo, se gestó la nulidad del contrato, ya que, si se hubiera informado a tiempo la enfermedad de la deudora, dicha entidad se hubiera sustraído de emitir la póliza, o la prima originada a partir de esta sería más onerosa. Finalmente, solicitó que, de ser concedidas las pretensiones, la indemnización a cancelar debía regirse a los límites de lo pactado.

Por su parte, la demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC, indicó en su contestación que no signó ningún contrato de seguro con la fallecida Luz Marina Vergel Santos, por lo que no le constan los hechos descritos en la demanda. Por lo anterior, se opuso a las pretensiones y planteó como medios defensivos los catalogados como “falta de



## JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

requisito para ejercer la acción de protección al consumidor como lo es la reclamación ante LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC”, “falta de la legitimación en la causa por pasiva”, “inexistencia de contrato de seguro” y “prescripción”. De esa manera, rebatió que los demandantes no presentaron reclamación alguna, como lo exige la Ley 1480 de 2011, ante esa sociedad. Igualmente, refirió que esa compañía no se encuentra autorizada para expedir pólizas de amparo de vida, por lo que se configura una falta de legitimación en la causa por pasiva.

Durante el decurso procedimental se surtieron las audiencias contempladas en el artículo 372 y 373 del Código General del Proceso, siendo esta última, realizada el 29 de diciembre de 2020, en la cual se dictó la sentencia enervada, mediante la cual se desestimaron las pretensiones elevadas a través de la demanda.

De esa manera, la sentencia aludida fue recurrida por el extremo actor. Las censuras tuvieron como base la reiteración de la presunta ilegibilidad de la declaración de asegurabilidad esgrimida en la demanda, adicionando a que la nulidad del contrato de seguro por reticencia no se demostró a lo largo del plenario, siendo necesario para ello que se hubiera probado la mala fe de la deudora en el momento de suscribir el contrato aludido. De igual manera, arguyó que no existe constancia de que la fallecida fuera quien diligenció la declaración de asegurabilidad, por lo que pudo ser que el asesor quien la atendió en su momento, lo hiciera, en conocimiento del contenido de dicho documento, sin que ello exima de responsabilidad a la aseguradora por la ilegibilidad de este. Agregó entonces que las situaciones descritas no obstaban para que la compañía demandada realizara indagaciones e investigaciones por sí misma, respecto del estado de salud de la signataria, por lo cual concluyó que la institución convocada incumplió con los deberes establecidos en la ley para expedir la póliza.

### **CONSIDERACIONES:**

Los presupuestos procesales, requisitos indispensables para regular la formación y desarrollo de la relación jurídico procesal, como son la competencia del juez, demanda en forma, capacidad para ser parte y comparecer al proceso, concurren en este asunto. Aunado a lo anterior, no se observa causal de nulidad que invalide lo hasta ahora actuado.

#### **De la acción invocada.**

Como quedara precisado al comienzo de esta providencia, se pretende a través de esta acción, que se condene a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC al pago del riesgo amparado a través de la póliza matriz vida grupo deudores AA000108 por un valor de \$61.563.255, debido a la configuración del siniestro previsto en ella, referente al fallecimiento de la señora Luz Marina Vergel Santos, quien fungía como beneficiaria de esta, en razón a las obligaciones que adeudaba a la entidad Fomanort.

Por su parte, las encartadas plantearon como excepciones de mérito para la defensa de sus intereses, las denominadas como “falta de legitimación en la causa por activa”, “inexistencia de riesgo incierto y futuro que pudiera ser objeto de aseguramiento”, “ausencia de cobertura por exclusiones expresas”, “buena fe contractual de La Equidad Seguros Vida OC al



## JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

momento de expedir el seguro de vida deudor”, “nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la información y/o inexactitud del estado del riesgo del asegurado”, “inexistencia de la obligación de afectación del contrato de seguro”, “sujeción al contrato de seguro celebrado”, “límite del valor asegurado para cada amparo”, “falta de requisito para ejercer la acción de protección al consumidor como lo es la reclamación ante LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC”, “falta de la legitimación en la causa por pasiva”, “inexistencia de contrato de seguro” y “prescripción”, soportadas como se detalló en el acápite de antecedentes del presente proveído.

De esta manera, resulta necesario, en aras de comprender de la generación del conflicto suscitado entre las partes, y dispuesto ante este despacho judicial para su resolución, las figuras jurídicas que tienen lugar en el mismo, para posteriormente abordar el caso en específico, sobre el cual, de antemano se advierte que el fallo que lo estudia deberá ser confirmado, como se expondrá a continuación.

### **Caso concreto**

1. De entrada, debe precisarse que el contrato de seguro se encuentra regulado en el ordenamiento jurídico nacional a partir de los artículos 1036 al 1162 del Código de Comercio, en el cual se estipulan sus modalidades, distinguiendo los seguros de daños y el de personas.

Es de anotar entonces que, al encontrar que el presente caso atañe, en exclusiva, a un seguro de vida bajo la modalidad deudores, contratado entre la entidad Fomanort, como acreedora de la causante Luz Marina Vergel Santos y la sociedad aquí demandada LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC, tales circunstancias guardan una importancia capital frente al asunto en debate.

En primer lugar, es menester tener en cuenta que las pruebas adosadas al plenario dan cuenta, de manera inequívoca, de quiénes fueron los signatarios del contrato de seguros, siendo el tomador la entidad Fomanort y el asegurador la sociedad LA EQUIDAD SEGUROS OC, ello de conformidad con lo plasmado en la póliza número AAA000108, sobre la cual se fundamenta la acción de marras.

Cabe anotar entonces que, aun cuando en el cuerpo de la citada póliza no se denota de manera clara que quien suscribe y brinda el contrato de seguro es la sociedad LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC y no aquella denominada LA EQUIDAD SEGUROS OC, lo cierto es que quien brinda el cubrimiento del riesgo a partir de lo allí consignado es aquella y no esta última. Para el efecto, recuérdese que el ejercicio de la actividad aseguradora en el país depende del ramo que se aborde, por lo cual, a partir de lo consignado en el inciso segundo del numeral tercero del artículo 38 de la Ley 45 de 1990, se impone que la prestación de servicios de aseguramiento de personas sea brindada por entidades que se dediquen a ello de manera exclusiva, por lo cual, se concluye de ello que LA EQUIDAD SEGUROS OC, al abordar los seguros de forma general, no tiene tal potestad, la cual corresponde a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC.



## JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

Así las cosas, aunado a tal razón, como también a las precisiones que hizo la apoderada judicial de LA EQUIDAD SEGUROS OC, referente a una inexistencia del contrato de seguro, es claro para este estrado que esta última sociedad, como demandada en el proceso de marras, carece de legitimación en la causa por pasiva, por lo cual es procedente declarar, desde un primer momento, que el medio exceptivo erigido por esta en tal sentido se encuentra indudablemente fundado.

Por lo anterior, a partir de ello, debe colegirse que la acción impetrada se dirige, en exclusiva, con LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC, como la entidad que expidió la póliza de vida deudores número AAA000108, sobre la que se pretende la indemnización reclamada, a partir de la presunta configuración del riesgo que cubrió.

2. Partiendo de lo antedicho, es necesario detallar los pormenores de los contratos de seguros, regulados, como ya se dijo anteriormente, por las normas previstas en el Código de Comercio, y otros cuerpos normativos.

De esa forma, se discurre que el contrato de seguros se caracteriza por ser consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de tracto sucesivo, de buena fe, de adhesión e indivisible. Al respecto, es necesario resaltar que, como bien lo expone el tratadista Ordóñez Ordóñez, la consensualidad de dicho contrato, en la legislación colombiana, implica que:

“(...) se perfecciona (...) por el solo consentimiento de las partes sin necesidad de que ese consentimiento se vierta de forma específica alguna, por una parte. Por otra, siguiendo lo que es una constante en todos los países que han adoptado a través de los años este mismo esquema, se impone en Colombia una limitación probatoria: el contrato de seguro se probará por escrito o por confesión”<sup>1</sup>.

Igualmente, se destaca, más allá de los demás elementos, el carácter de buena fe respecto de este. En ese sentido, el doctrinante citado acota que:

“En primer lugar, el carácter de buena fe; es sabido que la buena fe es un principio general de los contratos que está implícito en todos ellos. Todos los contratos deben celebrarse y desarrollarse de buena fe; sin embargo, tradicionalmente el contrato de seguro ha sido señalado como un contrato especial de buena fe. Si se analizan las normas que regulan este negocio jurídico se encuentra fácilmente que en ellas se hace, con muchísima frecuencia y con mucha mayor intensidad que respecto de otros contratos, alusión a la buena fe de las partes. Esta buena fe en el contrato de seguro, no solo indica la manera como debe interpretarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también de algún modo, la eficacia misma del acuerdo. (...)”

Es necesario observar igualmente, que el mismo hecho económico implícito dentro de la relación del seguro, determina que, en la mayoría de las circunstancias, la compañía de seguros debe atenerse a las declaraciones y a las informaciones que le suministre el asegurado respecto de la naturaleza de su interés y respecto de la intensidad del riesgo o de los riesgos que pesan sobre ese interés. En primer lugar, el asegurado es quien debe indicar en principio a la compañía de seguros cuál es la naturaleza del riesgo y cuál es la probabilidad de que ese riesgo se proyecte sobre el interés asegurado. En segundo lugar, también al comienzo, en la génesis de la contratación, el asegurado es quien dice al asegurador cuál es el valor de su interés; es la otra declaración importante y fundamental que debe hacer el asegurado. Ni la intensidad del riesgo, ni la cuantía del interés asegurable, son elementos fácilmente determinables o siquiera verificables por la compañía de seguros. Es cierto que

---

<sup>1</sup> Ordóñez Ordóñez, Andrés E. Lecciones de derechos de seguros N° 1. Cuestiones generales y caracteres del contrato. Universidad Externado de Colombia. Primera edición. 2001. Pp 46-47



## JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

ella está facultada para hacer una inspección del interés y del riesgo pero, como se trata de bienes patrimoniales del asegurado, es el asegurado quien está en condiciones de señalar exactamente cuáles son la cuantía y la naturaleza de uno y de otro”<sup>2</sup>.

Por su parte, la Corte Constitucional ha establecido, en concordancia con el precedente jurisprudencial erigido por la Corte Suprema de Justicia frente al tema, que:

“(…) [E]n materia de seguros, la autonomía de la voluntad no puede constituirse en un abuso de su posición en detrimento de los derechos que acuden a la aseguradora. Para evitar posibles acciones arbitrarias, esta Corporación ha establecido algunos límites, entre los cuales debe mencionarse la *uberrimae fidae*.

55. Por este límite, entendido como un elemento esencial del contrato de seguro, se entiende el apego estricto a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocial. Por apego estricto y claridad se entienden, a su vez, dos aspectos: a) un deber general de respetar la pulcritud moral e intelectual y; b) un deber concreto de interpretación *pro consumatore*.

56. Este deber, que vincula tanto al tomador (o asegurado) como al asegurador, consiste en actuar con la mayor claridad posible con la contraparte contractual. Asimismo, este deber implica, especialmente para el asegurador, el despliegue de ciertas conductas, que permitan la definición adecuada del contrato de seguro.

57. La jurisprudencia constitucional ha sostenido que el artículo 83 de la Constitución repudia las conductas arbitrarias tanto del asegurador como del tomador (o asegurado) y, por ello, deben establecerse las obligaciones necesarias para evitar que dichas conductas se realicen. Para el caso del tomador o asegurado, el Legislador y esta Corporación han reconocido el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo.

58. La declaración implica, a su vez, el deber concreto del tomador (o asegurado), de informar sobre la existencia de una enfermedad, así como la gravedad de la misma, al momento de celebrar el contrato. Si el tomador (o asegurado) no informa sobre dicha situación, puede configurarse la reticencia, reglamentada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Esta figura, sin embargo, requiere de ciertas precisiones establecidas tanto por la jurisprudencia de esta Corporación como de la Corte Suprema de Justicia.

59. Por una parte, el deber de declarar implica que el tomador (o asegurado) conoce de la enfermedad. Esto significa que el tomador (o el asegurado) tiene, al momento de celebrar el contrato de seguro, conocimiento sobre las enfermedades, que deben ser diagnosticadas por el especialista competente y registradas en la respectiva historia clínica.

60. Por otra parte, este deber no recae sobre la existencia de la enfermedad en sí, sino sobre el conocimiento real que se tiene de ésta. 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 personas. 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 diagnosticadas.

---

<sup>2</sup> Ob. Cit. Pp. 103-104.



## JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

61. Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la 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.

62. En síntesis, el deber de seguimiento estricto de la buena fe para el tomador (o asegurado) consiste en informar sobre el conocimiento de enfermedades que le han sido diagnosticadas al momento de la celebración del contrato de seguro”<sup>3</sup>.

3. En adición a las características del contrato de seguros, se erigen de manera diáfana en la normatividad sus elementos esenciales, como lo detalla el artículo 1045 del Código de Comercio, que versa:

“ARTÍCULO 1045. <ELEMENTOS ESENCIALES>. Son elementos esenciales del contrato de seguro:

- 1) El interés asegurable;
- 2) El riesgo asegurable;
- 3) La prima o precio del seguro, y
- 4) La obligación condicional del asegurador.

En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno”.

Partiendo de lo anterior, y ya dando un vistazo al caso en concreto, se avizora que el interés asegurable es la relación crediticia gestada entre la señora Luz Marina Vergel Santos y Fomanort, sustentada en la acreencia que esta poseía con aquella, y cuyo principal riesgo era el deceso de la beneficiaria.

Ahora bien, a partir de lo consagrado en el citado artículo, y con base en lo analizado en el asunto bajo estudio, se erige como de capital importancia el concepto o la noción del riesgo asegurable. Para el efecto, es necesario remitirse a lo referido por la doctrina sobre este, en donde se precisa que:

“Todo seguro se funda en el riesgo, cuya peculiaridad estriba en trasladar al asegurador las consecuencias económicas del riesgo que acaezca, a cambio del pago de un precio o (prima). (...).

[E]l concepto de riesgo (...) se define, por ende, como el acontecimiento futuro e incierto (aleatorio, contingente) que no depende de la voluntad exclusiva del tomador, o de la del asegurado ni del beneficiario, de manera que los sucesos “ciertos” y los físicamente imposibles no tienen el carácter de “riesgo”, de suerte que no pueden ser asegurados, como tampoco puede serlo la duda acerca de si un hecho se ha cumplido o no (art. 1054 C.Co.). Por ello, el riesgo asegurable es de naturaleza contingente, sin que pueda depender por entero de la voluntad del tomador [hechos meramente potestativos suyos, que puede hacer o no hacer], asegurado o beneficiario, como se dijo, lo que implica que el carácter del riesgo es lo que determina la obligación condicional del asegurador, lo que trae como corolario que los hechos ciertos (a excepción de la muerte) y los hechos físicamente imposibles no tienen la calidad de riesgos asegurables. [El “riesgo asegurable” es conocido en la práctica aseguradora y normativa de diversas maneras: evento asegurable, evento dañino, interés

<sup>3</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-027 de 2019.



## JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

tutelado por la póliza, contingencia amparada, etc.]. Conforme a lo dicho, el riesgo está siempre referido al acaecimiento de un hecho futuro cuya ocurrencia eventual teme el asegurador. Ahora bien, ese hecho riesgoso, futuro y eventual, puede afectar a las cosas o a las personas (como el seguro de vida, de accidentes, o de enfermedad)”<sup>4</sup>.

Con base en lo precitado, es necesario remitirse a lo versado en el artículo 1058 del Código de Comercio, en el cual se precisa claramente la necesidad de la definición de un riesgo futuro e incierto, teniendo en cuenta que, a partir de su ausencia, como elemento esencial del contrato de seguro que es, genera incidencias importantes frente a este, como se detalla:

“ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>. 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.

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, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

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”. (Subrayas por este estrado).

En ese sentido, se erigen como deberes de los tomadores y asegurados, rendir las declaraciones destinadas a definir el estado de asegurabilidad del riesgo de una forma sincera, como lo expone López Blanco:

“Dentro del desarrollo del contrato de seguro tiene destacada importancia el adecuado cumplimiento de este deber porque, siendo el seguro un contrato de ubérrima buena fe (y ya sabemos lo que el concepto entraña), resulta una exigencia perentoria, dentro de la conducta del tomador, la declaración sincera de todas las circunstancias que determinan el estado del riesgo, sin que importe que para conocer los pormenores de ese estado el asegurador haya propuesto o no el cuestionario propio de la denominada solicitud de seguro.

En efecto, el artículo 1058 del C. de Co. dispone que “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” y esa declaración sincera no se da cuando se oculta un hecho o si la indicación es inexacta, ya que, por ejemplo, los mismos efectos de distorsionar el conocimiento que debe tener la aseguradora se presentan tanto cuando se niega la existencia de sustancias inflamables dentro de un local, como cuando se dice que ellas existen pero en cantidad mínima, siendo otra la realidad.

---

<sup>4</sup> Becerra Toro, Rodrigo. *Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del Contrato de Seguro*. Pontificia Universidad Javeriana. Cali. 2014. Pp. 42-43.



## JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

Reticencia u ocultamiento de hechos, inexactitud o presentación no concordante con la realidad de aquellos, tienen idénticos efectos: anular el contrato de seguro. Pero solo generan dicha anulación cuando son de tal entidad que el asegurador, de haber conocido la realidad, no hubiera contratado o lo habría hecho en condiciones por entero diferentes”<sup>5</sup>.

No obstante de esto, el doctrinante enfatiza en que:

“Los parámetros tipificadores de la reticencia deben ser analizados frente a cada caso concreto para efectos de determinar la decisiva influencia que tienen las circunstancias calladas, presentadas de manera diversa o contrarias por entero a la realidad respecto de la posibilidad de celebrar el contrato por el asegurado, o de llevarlo a efecto pero en condiciones diferentes de las pactadas, pues siempre se debe tener en mira que para que la reticencia sea jurídicamente relevante es menester, como lo pregona el inciso primero del art. 1058 del C. de Co., que “conocidas por el asegurador, lo hubiera retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipulas condiciones más onerosas”<sup>6</sup>.

Sin embargo, aunque podría predicarse que únicamente el deber de evitar la reticencia o la inexactitud en el contrato de seguros reside en el tomador o en el asegurado, la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional han establecido que el asegurador también debe procurar estudiar por su cuenta el riesgo, discurriendo que el principio de ubérrima buena fe es bidireccional y adicionando a ello que, de conformidad con lo estipulado en la ley, cuenta con la carga de probar que exista, por el contrario, mala fe o dolo respecto del ocultamiento de la información por parte del tomador o asegurado.

Para el efecto, veamos:

“(…) esta Corte ha determinado que la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como “reticencia”, pues para que esta figura pueda configurarse es necesario que se demuestre la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato de seguro le resulte más oneroso o que la aseguradora desistiera de asumirlo. (…)

De otro lado, es menester destacar que el deber de buena fe referido implica “una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual”, esto es, las aseguradoras, por cuanto son quienes definen las condiciones materiales del contrato de seguro y, por tanto, no les es dable alegar vacíos en el texto que redactaron, para sacar provecho. Ello, al punto de que se ha desarrollado el principio de interpretación pro consumatore, en virtud del cual cualquier duda o problema interpretativo que surja con ocasión a la aplicación del contrato, debe ser resuelta en favor de los intereses del asegurado.

En ese sentido, si bien quien suscribe el contrato de seguro tiene la obligación de declarar con honestidad la totalidad de los factores que puedan afectar las condiciones en que se suscribe el contrato de seguro, lo cierto es que, como se indicó con anterioridad, la mera discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y aquella existente en la historia clínica del asegurado no implica la configuración de la “reticencia” y, en ese sentido, corresponde a la aseguradora; (i) demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada [MALA FE]; (ii) haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron; esto es, si se abstuvieron de verificar la información, habiendo podido hacerlo, mal haría el juez en validar su negligencia; y (iii)

<sup>5</sup> López Blanco, Hernán Fabio. Comentarios al contrato de seguros. Quinta Edición. 2010. Pp. 158-159.

<sup>6</sup> Ibid.



## JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición (...) que dio origen a la configuración del riesgo asegurado [como elemento objetivo]<sup>7</sup>.

No obstante de lo anterior, el tratadista López Blanco enfatiza en que:

“Ciertamente se debe considerar que cuando la empresa aseguradora efectúa, como es usual aunque no obligatorio, una inspección del riesgo y mediante ella ha podido formarse cabal conocimiento del verdadero estado del mismo y lo acepta, así en la solicitud el tomador haya incurrido en reticencias o inexactitudes fácilmente verificables con la inspección, la posibilidad en que estuvo la aseguradora de salir del error al conocer el riesgo excluye la anulabilidad del contrato basada en la inexactitud o reticencia. (...).

Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia, sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues -lo repito por la importancia del punto- ella no existe y solo si la inspección se realiza es cuando se presenta el motivo de exoneración proveniente del “debido conocer”.

En suma, por el hecho de realizar la inspección no puede allanarse la mala fe del tomador reticente sobre la base de que por no efectuarla la aseguradora ha debido conocer el estado real del riesgo<sup>8</sup>.

4. Tomando como base las precisiones doctrinales, legales y jurisprudenciales evocadas, es procedente entrar a analizar el caso bajo estudio.

Inicialmente, es necesario desvirtuar lo alegado por el recurrente, en lo que refiere a la presunta ilegitimidad de la declaración de asegurabilidad firmada por la fallecida Luz Marina Vergel Santos, y sobre la cual fundó la presunta inexistencia de la reticencia alegada por la aseguradora.

Para el efecto, basta con remitirse a las pruebas practicadas por el juzgador de primer grado, desarrolladas en la audiencia de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, durante la cual se avizó de manera clara y fehaciente, a través de la práctica, que la declaración de asegurabilidad, aun cuando con dificultad, sí es legible. Téngase entonces en cuenta que la apoderada judicial de la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC pudo leer su contenido, según se documentó en la grabación de la citada diligencia. Igualmente, se estima pertinente resaltar que el documento adosado al plenario se

---

<sup>7</sup> Corte Constitucional. Sentencia T – 061 de 2020. Tomado de la sentencia de segunda instancia, proferida por el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Neiva del 22 de julio de 2020. M.P.: Luz Dary Ortega Ortiz. Cabe anotar entonces que el precedente judicial en ese sentido se ha venido consolidando a través de sentencias como la T-609 de 2016, que resalta que “respecto de la prueba de la mala fe, la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional consideró que es la aseguradora quien debe probar que el tomador actuó de mala fe. Esto, encuentra sustento en que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza *(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato*”. En suma, la figura de la reticencia se refiere a la inexactitud u omisión en la información entregada por el tomador del seguro en el momento de celebrar el contrato, y cuya consecuencia es la nulidad relativa del mismo. Específicamente, lo que se sanciona es la mala fe, por lo que corresponde a la aseguradora la carga de la prueba de esta. Adicionalmente, la reticencia no se sanciona cuando el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”. En ese mismo sentido, fue proferida la sentencia SC3791 de 2021, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, quien respalda la tesis expuesta.

<sup>8</sup> Ob. Cit. Pp. 164-165.



JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

interpretará como una copia del original, esto a partir de su examinación, donde se observan a simple vista rasgos propios de una reproducción fotostática, sin que ello denote que esta última dé cuenta de las características propias del original.

A la par, se colige, a partir de los datos plasmados en el cartular, que la obligada pudo leer, interpretar y comprender lo allí indicado, derivando en que consintiera esto último a partir de la imposición de su firma. Por tanto, no puede deducirse, como lo pretende el censurante, que la reticencia alegada por la parte demandada tuviera como origen la declaración de asegurabilidad tildada como ilegible, cuando de ello no se da cuenta, agregando a ello que, en definitiva, y de conformidad con lo avizorado en la historia clínica aportada al proceso, la beneficiaria del seguro soslayó el principio de ubérrima buena fe que reviste a los contratos de seguros.

En lo que a ello respecta, se observa de manera evidente que, con base en lo aludido en la declaración de asegurabilidad, la fallecida Luz Marina Vergel Santos, como bien lo refuta la aseguradora demandada, no rindió esta última de manera sincera y conforme a la realidad, toda vez que, de acuerdo con su historia clínica, esta refleja que padeció de cáncer de cérvix desde 2002 y que tuvo tratamientos ambulatorios al respecto durante más de 10 años, situación que no fue mencionada en el documento aludido, pese a que tenía una pregunta expresa sobre el particular y que se trataba sin duda de una enfermedad cuya gravedad sin duda generaba una afectación del estado del riesgo.

Cabe entonces anotar que, a partir de lo anterior, se incurrió en la reticencia citada en el artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que, aunque la asegurada poseía un conocimiento indudable de las patologías que la aquejaban, debido a su ocurrencia desde hace ya varios años, decidió ignorarlas al momento de reportarlas debidamente ante la aseguradora encartada, sin que existieran razones válidas que justificaran su ocultamiento, lo cual denota mala fe al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, y por ende, al ser incluida dentro de los amparos brindados por la póliza colectiva contratada por su acreedora.

A ello, debe sumarse, de conformidad con la historia clínica, que las patologías que adujeron los demandantes como generadoras de su muerte, referentes a afecciones en su cerebro y cerebelo, tuvieron, según se avizora en dicho documento, un origen metastásico, lo que demuestra de manera fehaciente el padecimiento cancerígeno que aquejaba a la fallecida y que deriva en colegir que este pudo tener una incidencia importante en su deceso.

Por lo anterior, las apreciaciones realizadas por el *a quo*, referentes al acaecimiento de la nulidad relativa alegada por la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC, son acertadas, toda vez que, como se observa, se configura la inexistencia del riesgo asegurable al no haber sido determinado de manera sincera por la causante.

Debe agregarse entonces que, como se indicó en los fundamentos doctrinales y jurisprudenciales evocados anteriormente, aun cuando las altas cortes puntualizan que las aseguradoras deben propender por examinar y determinar de manera palmaria el estado del riesgo asegurado a partir de las capacidades que estas posean, lo cierto es que no existe precepto legal alguno que obligue a dichas entidades a proceder de esa manera, por lo cual



*JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO*

el deber de acatar el principio de ubérrima buena fe característico de los contratos de seguro sigue subyaciendo en el tomador, que es quien en definitiva conoce de primera mano sus dolencias, en lo que a seguros de personas respecta, por lo cual la ley le exige, únicamente a este, el rendir un informe detallado de ello para comunicar la realidad del estado del riesgo.

Finalmente, el censurante deberá tener en cuenta que:

“(Aunque) [r]esulta frecuente en la práctica aseguradora que sea el agente o corredor, en suma el intermediario que interviene en la promoción del contrato, quien diligencie las solicitudes de seguro desde un aspecto puramente mecánico o sea leyendo las preguntas y anotando las respuestas o datos que suministra el tomador, proceder que en nada cambia la responsabilidad que en caso de incumplimiento del deber que se analiza se desprende, pues es lo cierto que quien firma la solicitud es el tomador, de donde se asume que está en un todo de acuerdo con lo consignado en ella.

En otras palabras, la intervención del intermediario es solo de ayuda y colaboración pero la responsabilidad de las respuestas contenidas corre en un todo a cargo del tomador, quien no puede escudarse en que no diligenció la solicitud si, se reitera, esta fue suscrita por él”.

Con base en lo precitado, se encuentra que los argumentos expuestos por el libelista son inanes, al referir que, aun cuando existiera la posibilidad de que el agente de seguros que atendió a la fallecida Luz Marina Vergel Santos en su momento, llenara la declaración de asegurabilidad signada por esta última, ello no puede configurarse como óbice para que la rendición de la información referente a su estado de salud y, por ende, de riesgo, no fue sincera y ajustada a la realidad, y más en el sentido de que, con la imposición de su firma, consintiera lo allí plasmado.

No sobra para culminar resaltar, que si bien en múltiples fallos la Corte Suprema de Justicia ha protegido los intereses de los beneficiarios y asegurados frente a posiciones dominantes que puedan ejercerse por las aseguradoras en los contratos derivados del seguro de vida, su interpretación no puede llevar hasta el punto de afirmar que la alta corporación autorizó que los tomadores puedan mentir en su estado del riesgo, sobre el sustento que es deber de aquellas verificar la historia clínica. Por supuesto que ese no puede ser el alcance de la hermenéutica que ha de darse a los fallos que sobre el particular se han emitido en dicha instancia, por lo cual, si se pregunta en el formulario de manera expresa y no genérica, si se tiene o ha padecido cáncer, una enfermedad cuya gravedad no es necesario recordar por su obiedad, la indicación debe ser expresa y acorde con la realidad de salud, y por ende, con afectación clara del estado del riesgo cuando se trata de seguros de la estirpe que aquí se dilucida.

A partir de lo expuesto, se evidencia que la excepción de mérito planteada por la demandada LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC y denominada como “nulidad del contrato de seguro por reticencia de la información y/o inexactitud del estado del riesgo del asegurado”, se encuentre debidamente fundada y demostrada, así como aquella alegada por LA EQUIDAD SEGUROS OC catalogada como “falta de legitimación en la causa por pasiva”, derivando ello en que el fallo proferido por el juzgador de primer grado, en ese sentido, deba ser confirmado.



*JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO*

En mérito de lo anteriormente expuesto, el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** el fallo de fecha 29 de diciembre de 2020, proferido por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, por lo esbozado en precedencia.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas de esta instancia a la parte demandante y apelante. Para su liquidación, se señala como agencias en derecho la suma de \$1.000.000. Realícense en su oportunidad la respectiva liquidación por el a quo, conforme lo dispuesto en el artículo 366 del Código General del Proceso.

**TERCERO:** En firme, remítanse las presentes diligencias al despacho de origen para lo de su cargo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**SERGIO IVÁN MESA MACÍAS**  
**JUEZ**

Firma autógrafa mecánica escaneada  
Providencia notificada por estado No. 124 del 26-oct-2022

CARV