



JUZGADO CUARENTA Y CINCO CIVIL DEL CIRCUITO

j45cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D. C., primero (1) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Radicación:	110013103045 2021 00500 00
Demandantes:	CARMEN CELINA PABÓN SUÁREZ e IVON ADRIANA ROJAS PABÓN
Demandada:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Proceso:	DECLARATIVO
Decisión:	SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

Acorde con la decisión adoptada por el Juzgado en audiencia practicada en este asunto el pasado 16 de febrero y con apego a la preceptuado en el inciso 3 del numeral 5 del artículo 373 del C. G del P., procede el Juzgado a proferir la sentencia que en derecho corresponde dentro del proceso de la referencia, previo el estudio de los siguientes:

ANTECEDENTES

1. CARMEN CELINA PABÓN SUÁREZ e IVON ADRIANA ROJAS PABÓN -madre e hija-, presentaron demanda en contra de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a fin de que, a través de proceso declarativo:

1.1. Se declare infundada la objeción presentada por la demandada respecto de los contratos de Seguro de Vida No. 081004371379 y No. 0181004143986-5 suscritos por el fallecido señor Adriano Rojas Rodríguez, en donde son beneficiarios onerosos los bancos Pichincha y Davivienda y beneficiarias gratuitas la compañera permanente del causante Carmen Celina Pabón y su hija Ivón Adriana Rojas Pabón, respectivamente.

1.2. Se condene, como consecuencia de lo anterior, a la demandada a pagar a las entidades bancarias el saldo de los créditos financieros que se presenten al final del proceso, o bien directamente a las beneficiarias gratuitas el monto de \$319'453.655 -o el monto que se acredite haber pagado- más intereses comerciales desde el fallecimiento del señor Adriano Rojas, para el evento en que a la finalización del litigio ya las demandantes hubieren cancelado la totalidad de las obligaciones crediticias.

1.3. Se imponga la respectiva condena en costas a cargo de la pasiva.

1.4. De manera subsidiaria se pidió se declare el incumplimiento del contrato de seguros por la demandada, imponiendo el pago de la devolución de los dineros pagados o de los que se llegaren a pagar luego de la presentación de la demanda a favor de las demandantes.

1.5. Invocaron además como pretensiones accesorias la declaración de existencia, celebración y perfeccionamiento de los contratos de seguros enumerados, que se ordene a la pasiva darles cumplimiento y se le condene a pagar la totalidad de los créditos a las entidades bancarias, o bien la devolución de dineros pagados por las demandantes, con los respectivos intereses comerciales.

2. Las pretensiones se cimentaron en los siguientes hechos:

2.1. El señor Adriano Rojas Rodríguez, en vida, suscribió con el Banco Davivienda el 21 de noviembre de 2018 un contrato de garantía inmobiliaria No. 0000004163 sobre el vehículo de placas EXZ-785, por valor de \$150'000.000,00, con plazo a 48 meses. Para tal fin, inició trámites para la suscripción de una póliza con la aseguradora demandada, para lo que el asesor A&A Seguros Ltda. diligenció el respectivo formulario, luego de lo cual la aseguradora le notificó endoso de la póliza de vida individual y sus condiciones, procediendo finalmente a suscribirse el contrato de seguro de vida no. 081004143986 para garantizar el crédito No. 005040000007169 con Banco Davivienda, que desembolsó crédito el 13 de diciembre de 2018 por valor de \$103'180.852,00. En dicha póliza figura como beneficiaria gratuita Ivón Adriana Rojas Pabón. La póliza se prorrogó hasta el 10 de diciembre de 2020.

2.2. A su vez, el causante suscribió contrato de prenda sin tenencia con el Banco Pichincha por cuantía de \$240´000.000,00 a 60 meses, para cuya garantía inició trámites con la aseguradora demandada, haciendo la solicitud que fue diligenciada por el asesor Óscar Augusto Restrepo Ruiz. Se suscribió dicho contrato de seguro de vida individual No. 081004371379 para garantizar el crédito No. 10032708 con el Banco Pichincha, que desembolsó el crédito el 11 de mayo de 2020 por valor de \$240´000.000,00. Allí funge como beneficiaria la señora Carmen Celina Pabón Suárez, compañera permanente del fallecido.

2.3. En ambas pólizas se convino que en caso de fallecimiento del tomador se cancelaría por la aseguradora al beneficiario oneroso el saldo insoluto de la deuda y si quedaba alguna parte del valor asegurado, lo cancelaría a los beneficiarios gratuitos.

2.4. El señor Adriano Rojas Rodríguez falleció el 12 de septiembre de 2020 tras colisionar el vehículo que conducía contra un árbol. La causa de muerte fue trauma raquimedular cervical de patrón contundente.

2.5. Las demandantes no continuaron cancelando los créditos y procedieron a hacer la respectiva reclamación, pidiendo, respecto de la póliza que garantizaba el crédito con el Banco Davivienda, el pago de \$77´263.966,00 que correspondía al saldo insoluto y, por su parte, de \$242´189.689 en lo que tiene que ver con el seguro que garantizaba el crédito con Banco Pichincha.

2.6. La aseguradora demandada, sin embargo, objetó ambas reclamaciones, alegando una presunta reticencia por parte del tomador, porque presuntamente presentaba antecedentes de diabetes mellitus 2, que se le había diagnosticado antes de diligenciar la solicitud de seguros y no lo expresó.

2.7. Frente a la pretendida objeción, alegan las demandantes que en todo caso tal enfermedad no guarda ninguna relación con la causa de muerte del demandado, además que no se demostró mala fe del causante, quien solo siguió las instrucciones de la misma aseguradora, cuyos asesores le indicaron que estampara su rúbrica en los formularios y que ellos se encargaban de diligenciarlos, sin auscultar y menos mentir él de forma culposa o intencional. Además enfatizaron que la aseguradora siempre estuvo autorizada para acceder a la historia clínica o consultar los datos de salud del tomador, por lo que ha debido conocer los hechos sobre los que versaba la declaración.

2.8. Ante tal situación, las demandantes continuaron pagando los créditos garantizados con los seguros de vida, pagando hasta la fecha de presentación de la demanda para el banco Davivienda \$34´653.000,00 y \$58´285.000,00 para el Banco Pichincha, a quienes para la misma data aún se adeudan \$77´263.966 y \$242´189.689,00 respectivamente, rubros que afirman no han debido ni deben ser canceladas por las demandantes, así como tampoco sus intereses ni demás emolumentos pagados.

2.9. Narraron finalmente que el 2 de agosto de 2021 se llevó a cabo audiencia de conciliación extrajudicial con la pasiva, sin llegar a acuerdo.

3. La demanda se admitió el 16 de noviembre de 2021 y de ella se notificó a Porvenir S.A. por conducta concluyente, tras haber presentado contestación de la demanda en la que se opuso al éxito de las pretensiones, fundamentalmente porque aduce existió una reticencia por parte del tomador que genera una nulidad relativa del contrato. Asintió en la existencia de los contratos de seguros de vida, pero desmintió que las solicitudes hubieran sido diligenciadas por asesores de la entidad, puesto que ello está prohibido y además no tendría cómo saber el nombre de las beneficiarias gratuitas, de lo cual dan cuenta los formularios y la firma del tomador impresa en ellos.

Fundada en lo anterior, planteó las excepciones de mérito que denominó “Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo” resaltando la importancia de la declaración de asegurabilidad para que la aseguradora conociera el estado del riesgo y que el tomador no declaró al menos dos de las enfermedades que previamente le habían sido diagnosticadas de Diabetes mellitus Tipo II y Lumbago no especificado, que de haber conocido la entidad se habría retraído de contratar o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas; “Inexistencia y/o Indevida estimación de perjuicios extrapatrimoniales”, aduciendo que carecen de prueba las pretensiones de perjuicios y que resulta contradictorio que se reclame devolución de dineros cuando en los hechos de la demanda se precisa que no se continuaron haciendo pagos, pidiendo en todo caso tener en cuenta las condiciones de los contratos de seguro. Formuló además la excepción “genérica”.

4. Al descorrer el traslado de la contestación de la demanda, la parte actora manifestó que hasta esa fecha habían pagado \$278´563.670,12 para el

crédito del banco Pichincha y \$131'198.910,00 respecto del de Banco Davivienda, para lo que adjunto certificaciones de ambas entidades en donde consta que ambos fueron cancelados en su totalidad y el valor pagado. Adicionalmente, reiteró los argumentos de falta de acreditación de la mala fe del tomador, falta de indagación de la aseguradora, que sus asesores fueron quienes diligenciaron los formularios y que la causa de muerte fue ajena a la enfermedad no declarada, tal como lo planteó en los hechos de la demanda.

5. Por auto del 6 de marzo de 2023 el Juzgado decretó las pruebas solicitadas por las partes y convocó a la audiencia prevista en los artículos 372 y 373 del C. G. del P., misma que se llevó a cabo durante los días 31 de agosto de 2023 y 16 de febrero de 2024, fecha esta última en que con fundamento en el numeral 5 del artículo 373 prenombrado, se emitió sentido de fallo y se dispuso la emisión de sentencia escritural que aquí nos ocupa.

CONSIDERACIONES

1. Se destaca la ausencia de irregularidades que comprometan lo actuado y la presencia de los denominados presupuestos procesales, en tanto que los demandantes como los demandados tienen capacidad para ser parte y comparecer válidamente a juicio, este despacho judicial es competente para decidir el mérito del asunto y la demanda se presentó en debida forma, aspecto este último sobre el cual se destaca que si bien se formularon diferentes pretensiones que aunque nominadas principales, subsidiarias y accesorias, tienden más bien a reiterar el petitum, lo cierto es que entre ellas no hay exclusión y son susceptibles de transitar por la misma cuerda procesal, como efectivamente aquí ocurrió sin dificultad alguna ni afectación al ejercicio a los derechos de defensa y contradicción.

2. Definido este planteamiento neurálgico, hay que decir que para resolver el tema planteado en el caso que contrae la atención del Juzgado, es menester que se acrediten la conjunción de los presupuestos axiológicos y, siendo la formulada una acción contractual, en línea de principio se ha concertado que deben acreditarse tanto la existencia de un contrato, como el incumplimiento contractual y unos consecuentes perjuicios en contra de la parte actora e imputables a la pasiva.

2.1. Siendo la demanda que ocupa este asunto una encaminada al

reconocimiento y pago del siniestro causado en un contrato de seguros de vida, puntualmente los elementos que estructurarán el éxito de las pretensiones son:

- (i) La existencia de contratos de seguro de vida válidos,
- (ii) La demostración del siniestro que esté cubierto con el contrato de seguro de vida.
- (iii) La carencia de reconocimiento del siniestro por la aseguradora sin justificación legal y,
- (iv) La prueba de perjuicios ciertos, en su existencia y cuantía, que puedan ser reclamados por las demandantes.

2.2. Acerca del contrato de seguro, dígame desde ya, ha surgido en el devenir de los negocios jurídicos con el propósito de proteger el patrimonio de los acreedores para que ya no solamente puedan perseguir los bienes de su deudor que son prenda general, sino valerse de una figura que le permita concurrir ante un tercero, ajeno a la obligación que persiga, para que sea este quien pueda satisfacer su acreencia.

Es así como surgen los contratos de seguros, en virtud de los cuales un sujeto llamado tomador, contrata a una compañía aseguradora para que ante la ocurrencia de un determinado riesgo y a cambio del pago de unas primas de seguro, sea la entidad quien salga a responder económicamente por las consecuencias de tal ocurrencia. Dentro de la gama diversa de seguros, el seguro de vida deudores, como el que aquí es materia de análisis, *“la Corte ha señalado que mediante esa forma aseguraticia, «el acreedor -quien funge como tomador- puede adquirir una póliza ‘individual’ o ‘de grupo’, para que la aseguradora, a cambio de una prima, cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor -que toma la calidad de asegurado-, y en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito, pero nunca más.”*¹

2.3. Al respecto la misma jurisprudencia patria ha caracterizado dicho contrato en específico, señalando de él que **“6.5. En esa tipología de seguros no se cubre el incumplimiento de la prestación pactada, esto es, que no se trata de una forma de seguro de crédito en el cual el riesgo esté constituido por la imposibilidad de obtener el pago ante la muerte o incapacidad permanente del deudor. 6.6. Por el contrario, en el seguro de vida de deudores se cubre el riesgo consistente en la muerte**

¹ Sentencia del 30 de junio de 2011, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, radicación 1999-00019-01, citada en la sentencia SC6709 de 2015 de la misma Corporación.

del deudor, así como su eventual incapacidad total o permanente. Así, ha dicho la Corte que ‘el riesgo que asume el asegurador es la pérdida de la vida del deudor, evento que afecta tanto al asegurado mismo, como es obvio, como eventualmente a la entidad tomadora de la póliza, en el entendido de que su acreencia puede volverse de difícil cobro por la muerte de su deudor, pero el específico riesgo asumido por la compañía de seguros en la póliza objeto de litigio, no es la imposibilidad de pago del deudor por causa de su muerte, porque si así fuera podría inferirse que la póliza pactada con un riesgo de tal configuración tendría una connotación patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito. Lo que se aseguró es lisa y llanamente el suceso incierto de la muerte del deudor, independientemente de si el patrimonio que deja permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista’ (Sent. Cas. Civ. de 29 de agosto de 2000, Exp. No. 6379). 6.7. El interés asegurable que en este tipo de contratos resulta relevante se halla en cabeza del deudor, así sea que al acreedor también le asista un interés eventual e indirecto en el seguro de vida grupo deudores.”²

3. En cabeza del extremo demandante se encuentra la carga de la prueba acerca de todos los elementos aludidos, carga que de plano advierte el Despacho se satisfizo a plenitud, como pasa a explicarse:

3.1. Ninguna duda hay sobre la existencia de dos contratos de seguro de vida, celebrado entre el señor Adriano Rojas Rodríguez como tomador y la demandada Seguros de Vida Suramericana S.A. como aseguradora, pues esta confesó tal entidad y estuvieron de acuerdo ambas partes en las condiciones generales convenidas que a continuación se sintetizan en el siguiente cuadro, de lo que además hay amplia prueba documental aportada por ambos extremos del litigio, tanto con la demanda, como con la contestación de la misma.

Número	Beneficiario Oneroso	Beneficiaria gratuita	Monto
081004371379	Banco Pichincha	Carmen Celina Pabón Suárez	\$240´000.000,00 (con cobertura hasta por el monto de la deuda)
0181004143986-5	Banco Davivienda	Ivón Adriana Rojas Pabón	\$102´000.000,00 (con cobertura hasta por el monto de la deuda)

Sobre la validez del contrato se adentrará el despacho en líneas posteriores, de cara a la oposición que sobre ese aspecto erigió la demandada.

² Ibídem.

3.2. Esta síntesis permite de plano inferir la legitimación en la causa por activa en cabeza de las demandantes, dado que en ambos contratos fueron designadas como beneficiarias en uno y otro.

3.3. Ambos contratos se constituyeron como seguros de vida deudores, bajo el nombre de Seguro Plan Crédito Protegido, cuya cobertura principal, según reza en su mismo tenor literal (documentos aportados al plenario por ambas partes), se convino en los siguientes términos:

“VIDA. COBERTURAS PRINCIPALES:

En caso de que mueras SURA pagará al beneficiario oneroso el saldo insoluto de tu deuda que te falte pagar al momento de tu muerte. Si después de esto, queda una parte del valor asegurado, SURA se lo pagara a tus beneficiarios gratuitos.”*
*“*El saldo insoluto es el capital, más los intereses corrientes que debes a la fecha en que mueras. (...)”*

3.4. El siniestro, entonces, también se acreditó por la parte actora, que aportó junto con la demanda el registro civil de defunción del fallecido señor Adriano Rojas Rodríguez [folio 108 del cuaderno [03AnexosDemanda.pdf](#)], prueba conducente a través de la cual sea acredita el deceso de una persona.

Dicho lamentable acontecimiento tuvo ocurrencia el 12 de septiembre del año 2020, para cuando estaban vigentes las pólizas de seguro de vida, que cobijaban lo créditos de garantía mobiliaria y prenda que también se encontraban vigentes para ese momento, según dan cuenta las certificaciones expedidas por ambas entidades financieras y allegadas al plenario [[17ContestacionBancoPichincha.pdf](#) y [27ContestacionDavivienda.pdf](#)].

3.5. También hay prueba documental -y fue reconocido por la parte demandada e incluso fijado en el litigio-, de que ambas demandantes, respecto a cada uno de los seguros de vida en comento, elevaron reclamación ante la compañía aseguradora demandada, misma que las objetó arguyendo reticencia, punto central del debate que aquí ha de resolverse por esta sede judicial, por lo que se le otorgará un capítulo especial.

3.6. Previamente, destáquese que también se acreditó que las demandantes continuaron realizando el pago de las cuotas de los dos créditos según se desprende de los recibos de pago aportados con la demanda y,

especialmente, de las certificaciones que tanto el Banco Davivienda como el Banco Pichincha allegaron al plenario, que dan fe de que incluso ambas deudas ya fueron pagadas a plenitud y están a paz y salvo, precisándose por cada entidad financiera los valores que recibió en pago a lo largo de toda la vigencia de los contratos, durante los cuales, valga decir, además perduró la vigencia de los contratos de vida base de este asunto. En suma, por el crédito con el Banco Pichincha tras el fallecimiento del señor Adriano Rojas Ramos se pagaron \$278'563.670,12, mientras que para el crédito con el Banco Davivienda el monto fue de \$131'198.910,00, según se extrae de las certificaciones aportadas por ambas entidades y como anexo de la demanda.

4. Para abordar el tema central del debate puesto en evidencia en este juicio, relativo a la existencia o no de una reticencia en los contratos de seguro de vida materia de pretensiones y, con ella, la consecuente nulidad relativa que se reclama por la sociedad demandada, que constituye la primera de las excepciones invocadas por la pasiva, es necesario realizar las consideraciones que subsiguen:

4.1. El artículo 1.058 del Código Civil determina 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. 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.”

Este precepto debe estudiarse y aplicarse en consonancia con el artículo 1158 de la misma obra, según el cual *“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.”

4.2. Sobre el entendimiento de ambas normas, la jurisprudencia tanto del órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria, como del máximo Tribunal Constitucional, han extendido diversos análisis, sobre los que se destaca de manera conclusiva varios de los apartes que a continuación se compendian.

4.2.1. Preciso la Corte Suprema de Justicia para el año 2021 en un recuento de estudios efectuados por esa Corporación sobre la materia, que “(...) *la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la 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 válida*³. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, pro bar 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 consecencial 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. Este punto por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 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”.

“Y esa forma de comprender la reticencia, vino a ser reiterada en la T-027

³ 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.

de 2019 por la Corte Constitucional, enfatizando que la aseguradora debía acreditar: i) El nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro, y ii) La mala fe al celebrar dicho negocio jurídico; carga que en el presente caso no se atendió.”⁴

4.2.2. En más reciente oportunidad, la Corte Suprema abordó igualmente el análisis e hizo recapitulación de diversos escenarios que deben observarse para la definición de la reticencia, explicando que entre ellos está el conocimiento presunto, que explicó de la siguiente manera: “(...) xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente⁵. 4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo. 4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.”⁶

4.2.3. Por su parte, la Corte Constitucional recordó que desde el año 2017 se fijaron unas reglas para la determinación de la vulneración de derechos fundamentales por parte de las aseguradoras que negaban pagos de seguros por virtud de reticencias, a saber: ““(i) [Al] haber realizado una oferta contractual con inducción al error, a través de un lenguaje ambiguo o carente de información que, de ser conocida por el tomador, tendría la virtualidad de influir su libertad de negociación. (ii) cuando presenta objeción a una reclamación de póliza, sin haber establecido el nexo causal entre el hecho preexistente y el siniestro acaecido, así como objetar por

⁴ Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 del 1 de septiembre de 2021, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

⁵ SC de 18 de octubre de 1995, Exp. 4640; SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 1 de abril de 2002, Exp. 6825; SC de 26 de abril de 2007, Exp. 1997-04528-01, SC2803 de 4 de marzo de 2016, Exp. 005001 31 03 003 2008 00034 01

⁶ Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 del 11 de julio de 2023, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

hechos que pudo haber conocido y no plasmó como observación en la declaración de riesgo del tomador. (iii) cuando desatienden las condiciones especiales de vulnerabilidad de los consumidores que afrontan condiciones de salud y escasez económica, para omitir la renegociación de términos que podrían evitar afectar su mínimo vital”⁷

Luego de ello, la Corte determinó unas subreglas específicas con base en la jurisprudencia anterior sobre la materia: “Teniendo en cuenta el recuento jurisprudencial anterior, se extraen las siguientes reglas de decisión para el presente caso: a. Las aseguradoras tienen deberes especiales de información y diligencia al momento de suscribir un contrato de seguro, de manera que (i) la información contenida en el contrato y la brindada al usuario sea clara y comprensible, de forma que ambas partes tengan comprensión del riesgo asegurable y las condiciones contractuales; y (ii) ante posibles condiciones que impidan la asegurabilidad del tomador, la aseguradora tiene el deber de diligencia para revisar la documentación e información aportada por el usuario, verificar el posible estado de invalidez y, cuando la situación lo amerite, realizar exámenes médicos. b. En virtud de su posición dominante, a las compañías aseguradoras les asisten cargas probatorias especiales respecto a la reticencia, con el fin de alegar la nulidad relativa del contrato de seguro, bajo dos presupuestos: (i) objetivo, que consiste en el deber de probar el nexo de causalidad entre la inexactitud en la información suministrada por el tomador y el siniestro; y (ii) subjetivo, relativo a la carga que le asiste a la aseguradora de probar la mala fe del tomador. c. Para otorgar el amparo constitucional deben reunirse las siguientes condiciones: (i) que exista una situación de vulnerabilidad o debilidad manifiesta en el accionante, de modo que en las circunstancias particulares exista un riesgo de afectación de sus derechos fundamentales; y (ii) que haya mediado un incumplimiento de los deberes por parte de la aseguradora o esta haya presentado una actuación arbitraria frente al usuario.”⁸

4.2.4. Finalmente, resulta útil traer a colación el más reciente pronunciamiento de la Corte Constitucional sobre la materia que también retoma posturas anteriores y termina por concluir que “53. El tomador incurre en reticencia cuando declara de forma inexacta las circunstancias que determinan el estado del riesgo, esto es, cuando el tomador incumple la obligación prevista en el artículo 1058 del CCo. Sin embargo, no toda reticencia o inexactitud en relación con las preexistencias en la declaración de asegurabilidad genera la nulidad del contrato. De acuerdo con el inciso 1º del artículo 1058 del CCo, así como la jurisprudencia constitucional y ordinaria, la reticencia sólo genera la nulidad relativa del contrato de seguro si se acreditan tres elementos o requisitos esenciales: (i) el elemento subjetivo

⁷ Sentencia T-071 de 2017, Corte Constitucional.

⁸ Sentencia T-382 de 2023, Corte Constitucional.

-mala fe-; (ii) la trascendencia o relevancia de la preexistencia y (iii) el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro.

53.1. Elemento subjetivo. El tomador debe haber actuado de mala fe. Esto ocurre cuando tenía conocimiento del diagnóstico, pero omitió informar sobre el mismo con el propósito de evitar que el contrato se hiciera más oneroso o el asegurador desistiera del mismo. 53.2. Trascendencia o relevancia. Las preexistencias que no fueron informadas deben ser trascendentes o relevantes. De acuerdo con el artículo 1058 del CCo, son trascendentes los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, “lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...)”. 53.3. Nexo de causalidad. La jurisprudencia constitucional y civil ordinaria ha enfatizado que, para que la reticencia o inexactitud genere nulidad, debe existir un “nexo causal entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro”.⁹

5. El marco jurisprudencial precitado abarca diferentes aristas sobre la aplicabilidad de los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio sobre la materia que se ausulta, esto es, la existencia de reticencia en el contrato de seguro de vida y sus consecuencias jurídicas; con sustento en él se adentra el Juzgado al análisis del caso concreto:

5.1. En el caso en análisis, se demostró documentalmente que ambas pólizas de seguro estuvieron precedidas por una solicitud de seguro de vida individual y una declaración de asegurabilidad, acompañadas ambas de unos documentos denominados Firma Cliente Unificado, este último en donde aparece la firma del tomador, señor Adriana Rojas Rodríguez. Todos los documentos son formularios previamente impresos en formato que otorgó la aseguradora, según lo indicó en su contestación a la demanda y en el interrogatorio que absolvió su representante.

En las solicitudes figuran los datos del tomador, de los montos de cobertura y de los beneficiarios onerosos y gratuitos.

Por su parte, las declaraciones de asegurabilidad aparecen con toda la información sobre enfermedades propias y de familiares en blanco, es decir, sin que se describiera que el tomador tenía alguna de las diferentes citadas en el formulario.

5.2. Acerca del diligenciamiento de los espacios en blanco, indicó la

⁹ Sentencia T-025 de 2024, Corte Constitucional.

parte actora que tal labor se hizo por los asesores de la entidad, que al tomador solo le pidieron suscribir “la última hoja” según narró la demandante Carmen Celina Pabón, esto es, la hoja Firma Cliente.

Al efecto, si bien se destaca que la parte actora incumplió su carga de aportar al plenario los correos electrónicos que le remitieron los asesores al señor Adriano Rojas para efectos de la firma de la documentación, lo cierto es que al absolverse el interrogatorio por la representante de la parte demandada, ella, en voz de la aseguradora, fue evasiva acerca del trámite puntual de la forma como se diligenciaron dichos espacios, reconociendo sí que en el trámite mediaron dos asesores diferentes de la entidad como consta en las solicitudes individuales de seguro de vida, pero indicando desconocer por completo cómo se realizó el llenado de la información, pese a ser un tema clave en el tema decisorio, situación que acorde con lo que contempla el artículo 205 del C. G. del P.¹⁰ se aprecia como indicio grave en contra de los intereses de la demandada. Es cierto que la declarante expresó que la información se diligenció según la información dada por el asegurado pero, a la hora de la verdad, terminó por señalar que desconocía cómo ocurrió el diligenciamiento de los formularios, desmintiendo así su afirmación anterior y constituyéndose en un indicio grave acerca de que el llenado bien pudo realizarse por los asesores de manera autónoma.

Obsérvese además sobre el punto que parte del deber de diligencia que se pide a la compañía aseguradora en despliegue de la ubérrima buena fe dada su calidad de profesional en la materia y de ser quien realizó el formato preimpreso que se entrega a los clientes interesados en adquirir un seguro de vida, se impone a ella un mayor rigor, tanto en la efectiva asesoría a estos al momento de diligenciar los formularios, como de auscultar en debida forma todo lo pertinente para determinar el estado del riesgo, incluso en el momento específico del llenado de los espacios en el formulario preimpreso y mayor aún sobre las consecuencias que cualquier error conllevaría. Nada de ello se acreditó por la pasiva en el caso que se juzga.

¹⁰ **ARTÍCULO 205. CONFESIÓN PRESUNTA.** La inasistencia del citado a la audiencia, la renuencia a responder y las respuestas evasivas, harán presumir ciertos los hechos susceptibles de prueba de confesión sobre los cuales versen las preguntas asertivas admisibles contenidas en el interrogatorio escrito.

La misma presunción se deducirá, respecto de los hechos susceptibles de prueba de confesión contenidos en la demanda y en las excepciones de mérito o en sus contestaciones, cuando no habiendo interrogatorio escrito el citado no comparezca, o cuando el interrogado se niegue a responder sobre hechos que deba conocer como parte o como representante legal de una de las partes.

Si las preguntas no fueren asertivas o el hecho no admitiere prueba de confesión, la inasistencia, la respuesta evasiva o la negativa a responder se apreciarán como indicio grave en contra de la parte citada. (Subraya intencional).

5.3. Tampoco, dígase desde ya, acreditó la parte demandada haber realizado alguna suerte de pesquisas que le permitieran ese conocimiento pleno del estado del riesgo, pudiendo haberlo hecho mediante la revisión de la historia clínica sobre la que pidió tener acceso desde entonces, ni menos aún con la realización de exámenes médicos para esa determinación, que si bien es cierto no son obligatorios conforme lo estatuye el artículo 1158 del C. de Co., no lo es menos que ante la falta de conocimiento de la entidad acerca de cómo operan sus asesores al momento de obtener la información con la que se diligencian las solicitudes de seguro ni las declaraciones de asegurabilidad, le resulta aconsejable para así corresponder con el deber profesional que le asiste y asegurarse de que la información consignada en tales documentos corresponda a la verdad, de cara a la posibilidad que aquí aparece como indicio grave, de que sus asesores no orienten en debida forma a los usuarios ni les den las indicaciones que permitan conocer la realidad del estado de salud de la persona por asegurar.

5.4. También es cierto que se demostró la preexistencia de la patología de diabetes mellitus en el fallecido señor Adriano Rojas, de la que da cuenta la historia clínica aportada al plenario por la pasiva y que informa tal diagnóstico al menos desde el año 2017; además, de que esa información no aparece consignada en las declaraciones de asegurabilidad, pese a que fueron en un tiempo posterior.

Sin embargo, como ha dicho la Corte Suprema de Justicia y su homóloga en la jurisdicción constitucional, no toda preexistencia genera reticencia con capacidad para invalidar el contrato de seguro de vida, pues para su declaración es necesario que se acrediten tres elementos: la mala fe del tomador, la relevancia de la omisión en el contrato de seguro y la relación de conexidad entre lo omitido y el siniestro.

5.4.1. De la mala fe con que obró el tomador de los seguros materia del proceso ninguna prueba hay, ni siquiera fue objeto de manifestación por la aseguradora un hecho de tal entidad, en el que se pudiera entender que el señor Adriano omitió informar su diagnóstico previo de diabetes mellitus y de lumbago no especificado, con la intención de defraudar a la compañía aseguradora. Por el contrario, como aquí se ha narrado, hay indicios claros de que tal omisión se derivó de la falta del debido asesoramiento por parte de la aseguradora al

momento de diligenciar los formularios de asegurabilidad previos a la contratación.

5.4.2. Sí acreditó la compañía aseguradora la relevancia de la omisión en el caso concreto, pues la testigo Adriana Stella Arango, quien laborando para la pasiva fungió como analista de la evaluación médica para el caso del fallecido señor Adriano Rojas, precisó que de haber declarado él que tenía diabetes, el contrato de seguro no hubiera sido el mismo y se hubiera cobrado una extraprima. Nada se indicó en cambio respecto del diagnóstico de lumbago no especificado que también se mencionó en la excepción en análisis.

5.4.3. En lo que dice relación con el nexo de causalidad entre la reticencia y el siniestro, se demostró por la parte demandante que no hubo tal, puesto que la causa de muerte según indicó el dictamen de necropsia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, fue por “Trauma raquimedular cervical de patrón contundente” (folios 11 y siguientes del cuaderno 03AnexosDemanda), sin que se describa como antecedente causal la diabetes mellitus que, a simple vista, en nada guarda relación con el accidente de tránsito que conllevó al lamentable fallecimiento del señor Adriano Rojas Rodríguez. Menos aún, claro está, en lo que dice relación con el lumbago no especificado mencionado por la defensa.

5.5. Quiere decir lo anterior que no se acreditaron los elementos por los cuales se determina que la omisión en que incurrió el tomador de los seguros de vida, respecto a informar que había sido previamente diagnosticado de diabetes mellitus, no tiene la virtud de anular relativamente los contratos de seguros de vida por reticencia, pues no hay prueba, ni de la debida diligencia por parte de la compañía aseguradora en el papel que le asiste como profesional en la determinación del riesgo, ni se demostró la mala fe del tomador, así como tampoco el nexo entre la inexactitud y el siniestro.

5.6. Adicionalmente, quiere recabar el despacho en que la ubérrima buena fe que se reclama de ambos partícipes de la relación contractual y, en particular del profesional asegurador a cuya voluntad termina adhiriéndose el interesado en contratar un seguro de vida, va en contravía de la conducta asumida por la aseguradora demandada en el asunto puesto en conocimiento del despacho, en la medida en que no parece una conducta leal que ni en la etapa precontractual ni en el desarrollo del contrato se haya ocupado la entidad

de auscultar a cabalidad el estado de salud del tomador y así el estado del riesgo que amparaba, sino solo hasta el momento en que se le presenta la reclamación cuando, a pesar de contar desde un inicio con la posibilidad de verificar la historia clínica del contratante, únicamente viene a pedirla a los interesados para que la presenten con la reclamación y solo hasta entonces verifica si existe alguna inexactitud u omisión constitutiva de reticencia, con su consecuente negativa al pago del siniestro que se le formula.

Se pregunta el despacho si, entonces, en el afortunado evento en que no hubiese ocurrido el siniestro vital, no hubiera conocido la entidad aseguradora que el señor Adriano Rojas previamente había sido diagnosticado con diabetes mellitus y, en tal virtud, no se hubiera siquiera cuestionado si debía cubrir dicho siniestro, quedándose únicamente con el valor de la prima de seguros que siempre recibió en los contratos onerosos suscritos con el causante. Tal práctica no se ajusta a los parámetros de buena fe que se demandan de una compañía aseguradora.

5.6. En suma, no se dan las condiciones para declarar la nulidad relativa de los contratos de seguros de vida por reticencia, de suerte que se reafirma la conclusión de la existencia de contratos válidos como presupuesto de la acción, decayendo la exceptiva formulada por la demandada.

6. Finalmente, en cuanto a la excepción de “Inexistencia y/o Indebida estimación de perjuicios extrapatrimoniales”, baste señalar que hay abundante prueba documental que acredita que se continuaron pagando los créditos con los Bancos Davivienda y Pichincha, al punto de que quedaron cancelados y a paz y salvo según esas mismas entidades lo informaron al proceso y se documentó con sus históricos de pago y los recibos aportados desde la presentación de la demanda. Con ello se concluye el fracaso de la exceptiva.

En este sentido, como ocurrió el siniestro amparado del fallecimiento del señor Adriano Rojas y que el riesgo fue cubierto por las aquí demandantes, a ellas como beneficiarias gratuitas, según lo estatuyen los propios contratos de seguro de vida, la aseguradora demandada deberá devolverles los montos pagados tras el fallecimiento del tomador asegurado, no habiendo motivo alguno para declarar la excepción genérica que también se invocó.

Sobre dichos rubros se ordenarán liquidar intereses comerciales

desde la ocurrencia del siniestro, cuando ha debido la pasiva cubrir el riesgo materializado.

Por último, acorde con lo ordenado en el artículo 365 del C. G. del P., se condenará en costas del proceso a la parte demandada.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO CUARENTA Y CINCO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

RESUELVE

PRIMERO: **DECLARAR NO PROBADAS** las excepciones de mérito formuladas por la demandada.

SEGUNDO: **DECLARAR** injustificadas las objeciones a los contratos de Seguro de Vida No. 081004371379 y No. 0181004143986-5 suscritos por el fallecido señor **ADRIANO ROJAS RODRÍGUEZ** con **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, con lo cual esta incumplió dichos contratos.

TERCERO: **CONDENAR** a **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, a que pague a favor de la demandante **CARMEN CELINA PABÓN SUÁREZ** la suma de \$278'563.670,12, más intereses comerciales desde el 12 de septiembre de 2020 y hasta cuando se produzca el pago total. El pago deberá realizarlo la compañía aseguradora en un plazo no mayor a 10 días siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

CUARTO: **CONDENAR** a **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, a que pague a favor de la demandante **IVÓN ADRIANA ROJAS PABÓN** la suma de \$131'198.910,00, más intereses comerciales desde el 12 de septiembre de 2020 y hasta cuando se produzca el pago total. El pago deberá realizarlo la compañía aseguradora en un plazo no mayor a 10 días siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

QUINTO: **CONDENAR** en costas a la demandada **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** y a favor de la parte actora; para la liquidación de

estas deberá incluirse por concepto de agencias en derecho la suma de \$13.000.000,00.

NOTIFÍQUESE,


GLORIA CECILIA RAMOS MURCIA
Jueza

NOTIFICACIÓN POR ESTADO:

La providencia anterior es notificada por anotación en estado No. 17 del 4 de marzo de 2024



Rosa Liliana Torres Botero
Secretaria

INFORME SECRETARIAL

En atención a que día lunes cuatro de marzo se presentaron múltiples fallas de conectividad y acceso a las plataformas implementadas por el Consejo Superior del Judicatura, lo que impidió el desarrollo de las publicaciones y acceso las diferentes plataformas, donde se publica la presente sentencia se procederá a incluir en el siguiente estado para los efectos judiciales a que haya lugar.

NOTIFICACIÓN POR ESTADO:

La providencia anterior es notificada por anotación en estado No. 17 del 5 de marzo de 2024



Rosa Liliana Torres Botero
Secretaria

