

131

**JUZGADO CUARENTA Y NUEVE CIVIL MUNICIPAL DE
BOGOTÁ D.C.**

Bogotá D.C., siete (07) de diciembre de dos mil veinte (2020)

Ref. VERBAL 11001400304920190082600 de CAROLINA ROMERO y
QUITO y OTROS contra ALLIANZ SEGUROS DE VIDA

Procede del despacho a dictar sentencia de mérito dentro del proceso VERBAL (INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SEGURO) instaurado por DANIELA RODRIGUEZ FRANCO y CAROLINA ROMERO QUITO como representante legal de la menor VALERIA RODRIGUEZ ROMERO contra COMPAÑÍA DE SEGUROS ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

ANTECEDENTES

Las señoras DANIELA RODRIGUEZ FRANCO y CAROLINA ROMERO QUITO como representante legal de la menor VALERIA RODRIGUEZ ROMERO citó jurisdiccionalmente a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., para que, previo el trámite del proceso verbal de menor cuantía, se hagan las siguientes declaraciones y condenas:

“Que se declare que la compañía Allianz Seguros de Vida S.A., es responsable del incumplimiento al contrato de seguro de vida grupo No. 22154414 cuyo tomador es la firma VR INGENIERIA Y MERCADEO LTDA, amparo que recaía entre otros, sobre el señor JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCIA, por incumplimiento en el pago del siniestro número 67614575, a las beneficiarias VALERIA RODRIGUEZ ROMERO y DANIELA RODRÍGUEZ FRANCO.

Que como consecuencia de lo anterior, se condene a la demandada Allianz Seguros de Vida S.A., a pagar a la parte demandante las sumas de dinero correspondientes al valor asegurado por el siniestro de muerte del asegurado JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCÍA, dinero que deberá entregar debidamente indexado.”.

Como fundamentos de hecho se adujeron los siguientes:

Manifiesta el gestor judicial de la parte actora que la compañía RV INGENIERIA Y MERCADEO LTDA, celebró contra de seguro de vida empresas con la compañía MAPFRE, hoy SEGUROS ALLIANZ, para amparar los riesgos de

fallecimiento por cualquier causa, incapacidad total y permanente, fallecimiento accidental, enfermedades graves, exequias y renta diaria por hospitalización para sus trabajadores. Dentro de los trabajadores de la citada sociedad se encontraba el señor JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCÍA.

Refiere que los beneficiarios del trabajador JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCIA, eran sus hijas VALERIA RODRIGUEZ ROMERO y DANIELA RODRIGUEZ FRANCO.

Sostiene que el día 15 de marzo de 2018, tuvo lugar el fallecimiento del señor JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCIA, a causa de infarto agudo de miocardio, configurándose uno de los riesgos amparados en el contrato de seguro de vida.

Que efectuada la reclamación para el pago del siniestro, la compañía demandada, ha negado el pago del seguro bajo el argumento que el señor JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCIA, no declaró sinceramente el estado de salud al momento de tomar el seguro de vida, por cuanto omitió declarar que presentaba episodios de hemoptisis y embolia pulmonar, en el documento "Declaración de Asegurabilidad.". Pero que, contrario a lo afirmado por la demandada, el asegurado no estaba en la obligación de declarar dichas patologías, al no estar dentro del listado de enfermedades o lesiones que el declarante sufra o haya sufrido, en el citado documento. Que si bien tuvo episodios de hemoptisis, en su momento le practicaron exámenes por posible tuberculosis con resultados negativos, por lo que en el formato refirió no haber padecido dicha enfermedad. Y que, así mismo, la sospecha de embolia pulmonar fue descartada.

Expone igualmente que, en la auditoria a la historia clínica de la atención de la urgencia de enero de 2014, efectuada por el médico especialista, Dr. NESTOR ANDRES ROJAS MARTINEZ, arroja adenda en la cual se descartó que la condición que originó el sangrado respiratorio se debiera a problemas cardiovasculares, es decir el trombo embolismo pulmonar (TEP) sospechando una posible infección, no guarda relación con la causa de la muerte; y además, que se podría sustentar que el paciente no tenía riesgo incrementado de padecer un infarto de miocardio, superior a otro varón de su misma edad.

Que no queda duda alguna que la causa de la muerte fue un infarto fulminante o infarto agudo al miocardio, la cual no tiene relación con las dos patologías respecto de las cuales el asegurado no brindó la información según se indica por la demandada (hemoptisis y embolia pulmonar), siendo el primero de ello un síntoma, que no tenía la obligación de reportar, y la segunda, un diagnóstico de

135

una posible enfermedad pulmonar que el paciente presentó en el mes de enero de 2014, fecha en que, según la historia clínica, le fue descartada, ya que desde ese momento en su historia clínica nunca más se vuelve a hacer referencia a la misma. Además, porque en la misma fecha en que le fue descartada la embolia pulmonar, le practicaron exámenes cardiacos que arrojaron resultados según los cuales no padecía patología alguna a nivel del corazón.

Finaliza diciendo que no existe causa justificada para que la compañía de seguros, se niegue a pagar el siniestro por el amparo que tenía el señor JOHN FREDDY RODRÍGUEZ GARCÍA.

Una vez la demanda cumplió con la totalidad de los requisitos exigidos para su viabilidad, en lo que hace a su contenido y anexos, el Juzgado la admitió mediante auto del 03 de diciembre de 2019 (fl. 55); disponiéndose allí, a su vez, la notificación de la parte demandada según las previsiones que sobre el particular aparecen consagradas en los arts. 291 y ss del Código General del Proceso.

Fue así que la notificación de la sociedad demandada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., se surtió en forma personal el día 20 de enero de 2020 (fl. 82), quien por conducto de apoderado judicial, contestaron la demanda dentro del término de ley, proponiendo excepciones de mérito que se permitieron denominar "LA RETICENCIA DEL SEÑOR JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCÍA" y "LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO CONSAGRADO EN LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO NO CONTRIBUTIVA No. 22154414" (fls. 83 al 88), cuyos fundamentos de hecho serán analizados en la parte motiva de esta providencia.

Por auto de fecha 21 de febrero de 2020, se tuvo en cuenta que la sociedad demandada se notificó personalmente del auto admisorio de la demanda, reconociendo personería al Dr. JORGE ALBERTO MARTÍNEZ LUNA, como apoderado judicial de la demandada; y, ordenado a la secretaría del Despacho, correr traslado de las excepciones de mérito propuestas conforme lo previene el art. 110 del CGP. (fl.

Vencido el término de traslado a la parte actora, quien guardó silencio, por auto de fecha 03 de julio de 2020, se abrió a pruebas el proceso, decretando las documentales aportadas por los extremos de Litis y, como quiera que no había más pruebas que practicar, se dispuso que en firme el citado auto, regresara el expediente al despacho, para decidir lo que ene derecho corresponda, de conformidad con lo previsto en el Art. 278 Ibídem.

Así las cosas, se hace procedente el proferimiento del fallo que en derecho corresponda, en tanto la relación jurídico procesal se trabó en legal forma en el caso de autos, y a ella concurrieron sin lugar a dudas los conocidos presupuestos procesales, elementos materiales útiles y necesarios para la adopción de un fallo de mérito.

CONSIDERACIONES

Liminarmente habrá de precisarse que en el *sub-judice*, no hay pruebas que practicar, habida cuenta que todas son documentales, situación que se enmarca dentro de los presupuestos normativos contenidos en el artículo 278 del Código de Procedimiento Civil, el cual dispone:

«En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos: 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez, 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar y 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa».

Atendiendo entonces que la anterior situación se enmarca dentro de los presupuestos de la disposición citada, se procederá de conformidad, procediéndose a emitir sentencia anticipada dentro del presente diligenciamiento, habida cuenta que concurren a cabalidad los presupuestos procesales como son la competencia, capacidad para ser parte, capacidad para comparecer al proceso y demanda en forma. Aunado a que, no se evidencia irregularidad con entidad suficiente para anular en todo o en parte lo actuado, siendo viable emitir decisión de fondo.

Se ha activado la jurisdicción por parte de DANIELA RODRIGUEZ FRANCO y CAROLINA ROMERO QUITO como representante legal de la menor VALERIA RODRIGUEZ ROMERO, pretende el pago del importe contenido en la póliza de seguro de vida No. 22154414, con ocasión del acaecimiento del siniestro concerniente al fallecimiento del asegurado – tomador JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCIA – padre de la menor VALERIA RODRIGUEZ ROMERO y de DANIELA RODRIGUEZ FRANCO.

En ese orden de ideas, podemos acotar delantadamente que, el contrato de seguro, según el profesor J. Efrén Ossa G., es un *“un contrato solemne, como expresión que es de refinada técnica, como operación comercial masiva, como institución económica al servicio de la comunidad y sujeta, por tanto, a espaldas de los documentos que le dan vida legal y que sirven de soporte a las relaciones jurídicas de las partes a él vinculadas y a la seguridad de sus derechos. De igual*

36

manera son documentos privados que ajustados a la ley, permiten identificar el contrato en su origen, en su formación, en su evolución, en su expiración y definir, en un momento dado, el contenido y alcance de los derechos y obligaciones que de él dimanar. Estos documentos admiten una gran clasificación: la póliza de seguro, que es el documento principal, de cuya naturaleza participan 'la oferta formal' formalmente aceptada y 'el certificado provisional de amparo', y los anexos que son documentos accesorios, no empuja a su importancia intrínseca, en la medida en que hacen parte de la póliza, como lo dispone textualmente el artículo 1048 del código de comercio."

Sobre el perfeccionamiento del contrato de seguro, se tiene por sentado que:

"Es de anotar, que el contrato de seguro, que antes era solemne y se perfeccionaba desde el momento en que el asegurador suscribía la póliza (artículo 1036 inciso 2º del código de comercio) dejó de serlo desde la expedición de la ley 389 de 1997 que permite la prueba mediante la póliza o la confesión, quedando la figura de la póliza solemne como un medio probatorio. En consecuencia de acuerdo con la nueva legislación 'El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso y de ejecución sucesiva', lo cual si bien excluye la formalidad de una prueba solemne, no deja de lado la necesidad de probar su existencia por otros medios." (Tribunal Superior de Bogotá D.C., Sentencia del 30 de junio de 2004. Pon. Álvaro Fernando García Restrepo).

En ese orden de cosas, se puede inferir sin vacilación de ningún orden, que el contrato de seguro por el cual se pretende hacer derivar la prestación objeto del presente pleito, concurre a plenitud dentro de estas diligencias, en tanto se encuentra contenido en la póliza seguro de vida "Póliza de Seguro de Vida Grupo"; además porque propia demandada aceptó en la contestación de la demanda su existencia al sostener que para la vigencia comprendida entre el primero de septiembre de 2017 y el primero de septiembre de 2018, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, expidió el primero de septiembre de 2017, la Póliza de Seguro Grupo no Contributiva No. 22154414. Destacando de la citada póliza, la cláusula número diez (10) denominada CONTINUIDAD, consagrada en la página ocho (8) de quince (15), según la cual: "Queda convenido que la compañía otorga el beneficio de la continuidad de la cobertura, definida como la extensión de las condiciones que traía el asegurado respecto a edad, valor asegurado el cual no puede superar \$300'000.000.00 Y estado de salud, bajo la póliza de vida seguros colectivos inmediatamente anterior a la vigencia de la presente póliza y que se encontraba contratada con MAPFRE SEGUROS" (fl. 84).

Por ese sendero, se infiere nuevamente que el contrato de seguro objeto de la presente reclamación está debidamente demostrado en orden a verificar los componentes que de él dimanar, tales como: el asegurador, el asegurado, el tomador, el beneficiario, el riesgo asegurado, el valor asegurado, el valor de la prima, y el término de vigencia.

En gracia de discusión se tiene que el debate liminar, al cual se contrae la presente contienda, corresponde precisamente al pago de la indemnización derivada del amparo contenido en la póliza de seguro de vida arriba citada, que de acuerdo al libelo genitor, estaría a cargo de la firma demandada y a favor de las demandantes en su calidad de beneficiarias del contrato de seguro del que hizo parte, quien en vida se llamó JOHN FREDDY RODRÍGUEZ GARCÍA, pues al fungir ésta como asegurado – tomador, y, presentándose su lamentable deceso, se cumple la condición suspensiva exigida, para poder hacer efectiva la indemnización contenida en el negocio asegurativo.

Para rematar sobre el interés que le asiste a la parte demandante de accionar en contra de la pasiva, refiere como supuestos fácticos, el hecho de que una vez acaecido el fallecimiento del señor JOHN FREDDY RODRÍGUEZ GARCÍA, el día 15 de marzo de 2018, emergía la obligación perenne de la compañía aseguradora de reconocer el importe del valor asegurado, lo cual no hizo, en tanto objetó la reclamación efectuada por las señoras DANIELA RODRÍGUEZ FRANCO y CAROLINA ROMERO QUITO—representante de la menor VALERIA RODRIGUEZ ROMERO -, arguyendo como negativa a reconocer el importe del seguro, la reticencia del asegurado de declarar las verdaderas condiciones del estado de riesgo para el momento en que se diligenció el formato de solicitud para póliza de seguro de vida, esto es, “sin declarar sus antecedentes de hemoptisis y embolia pulmonar, omitiendo que el contenido del cuestionario suministrado por el asegurador será elemento orientador sobre cuáles son las circunstancias que influyan sobre el riesgo.

Ahora, procesalmente hablando vemos que el extremo pasivo pretende enervar las pretensiones de la demanda, invocando medios de defensa mérito, fundados en la *“Reticencia del señor JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCIA y Nulidad relativa del contrato de seguro consagrado en la póliza de vida grupo no. contributiva No. 22154414”*. La primera de tales de defensas las hace consistir en que el asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, no reportó fielmente su verdadero estado de salud, pues cuando negó haber padecido de enfermedad pulmonar, estuvo hospitalizado para tratarle una enfermedad pulmonar, con diagnóstico de hemoptisis y disnea súbita, lo que quiere decir, tos

con sangre y ahogamiento, y tanto que se sospechó de un Trombo Embolismo Pulmonar (TEP). 137

Y la segunda defensa hace relación a que, como el señor RODRIGUEZ GARCIA fue reticente al momento de diligenciar la solicitud del seguro al no manifestar su real estado de salud y ocultar que había sido hospitalizado para el tratamiento de enfermedades pulmonares, solicita se aplique la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro que consagra el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio, en concordancia con lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso.

Además de lo anterior, propuso como medio exceptivo la "excepción común", para que sean consideradas en la sentencia, la falta de derecho del demandante, inexistencia de responsabilidad por parte de la demandada, inexistencia de la obligación a indemnizar, alegación inadecuada de la fuente de responsabilidad, y por ser excluyentes la compensación, sin indicar de manera clara y precisa los fundamentos de dichas excepciones.

Fijado el anterior panorama fáctico y defensivo debemos decir que, de acuerdo al art. 1058 del C. de Co., *"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" (...)* *"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"*.

Entonces, 'Por sabido se tiene que, las exigencias legales sobre la obligación de declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para apreciar exactamente el riesgo que se va a cubrir, además de ser requisito del objeto, constituyen la motivación para contratar. Por ello, el estatuto mercantil señala en los dos primeros incisos del artículo 1058 los severos efectos legales de la omisión de la observancia a tal mandato, impuesto, por demás, por la mala fe, las que, a la sazón, se configuran cuando se obra con reticencia o inexactitud, produciendo la nulidad relativa, que no la absoluta, del contrato de seguro o la modificación de sus condiciones.

Las mentadas exigencias, no tienen propósito distinto al de permitir que el consentimiento del asegurador se halle libre de vicio, para conocer el riesgo que se asume por virtud del contrato.

Así mismo, resulta claro que por virtud de la naturaleza del contrato de seguros, inspirado en el principio de buena fe, tiene un régimen rescisorio especial, conforme al cual la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador o asegurado, da lugar a la nulidad relativa del acto; sanción que apareja el incumplimiento de uno de los deberes que aquél tiene en la etapa precontractual, verbigracia, el de "...declarar **sinceramente** los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo..." (se destaca), pues a partir de él, la compañía aseguradora podrá valorar "...oportuna, reflexiva y suficientemente..., la conveniencia de 'asumir el riesgo o, por el contrario, de abstenerse de hacerlo –inhibición contractual (art. 1.055, C. de Co.)-, en un todo de acuerdo con lo disciplinado por los cánones técnicos, jurídicos, y financieros que gobiernan la materia, los cuales contrastados con la información suministrada (declaración de ciencia), le otorgarán elementos de juicio necesarios para obrar con arreglo a su libertad contractual, genuina manifestación de la autonomía privada, máxime cuando ella ocupa el 'rol' de destinataria del deber en cuestión, consustancial a su calidad de desinformada –y por tanto pasible de tutela iuris-, dado que es el futuro tomador el que, por regla, está en condiciones de hacer cognoscible lo que la sociedad aseguradora desconoce acerca de su estado, en general"¹.

Además, como lo ha dicho la doctrina, la inexactitud o la reticencia "[g]eneran vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error a su declaración de voluntad frente al tomador. (...) Se trata, como hemos visto, de un régimen especial, más exigente que el del derecho común, concebido para proteger los intereses de la entidad aseguradora y, con ellos los de la misma comunidad asegurada, en un contrato que tiene como soporte la buena fe en su más depurada expresión y que, por lo mismo, se define unánimemente como contrato uberrimae fidei"².

A tal punto lo es, como tuvo la oportunidad de puntualizar la Corte Constitucional al examinar la exequibilidad de la disposición legal evocada, que a pesar de que el estatuto mercantil no prohibió la inspección del riesgo, no lo impuso como una obligación a cargo del asegurador, "...puesto que a éste no se le puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias

¹ Cfr. Sal. Cas. Civ. Sent. 2 de agosto de 2001 Exp. M. P.: Dr. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo. Exp. # 6146.

² Cfr. J. Efrén Ossa G.. Teoría General del Seguro -- El Contrato, Temis. Bogotá, 191. págs. 333 y 334.

desproporcionadas en relación con los fines”.

“A la doctrina nacional del derecho de seguros no ha escapado tal noción. Así, en sus comentarios al contrato de seguro, el doctor Hernán Fabio López Blanco manifiesta 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.’ (Hernán Fabio López Blanco, *Comentarios al Contrato de Seguro*, 2a. edición, Dupré, Bogotá, 1993, pág. 118). Y el profesor Ossa dijo: ‘El asegurador no está obligado a verificar la exactitud de la declaración del estado del riesgo. Ni siquiera por su aspecto objetivo, menos aún por su aspecto moral. No existe norma legal que pueda invocarse para afirmar lo contrario.’ (J. Efrén Ossa G., *ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato*, pág. 349).”

En el caso que ocupa la atención del despacho, luego de valoradas y analizadas las pruebas obrantes en el plenario, palmario es que la aseguradora demandada acreditó que el señor JOHN FREDDY RODRIGUEZ GARCÍA, suministró información inexacta sobre su verdadero estado de salud, omitiendo declarar circunstancias que seguramente hubieran incidido en el consentimiento del asegurador, o en las condiciones del otorgamiento de la cobertura, pues, concretamente, para el día 07 de noviembre de 2014, cuando firmó la declaración de asegurabilidad de beneficios (fl. 18), indicó que se encontraba en “estudio médico por cualquier razón”, y que había sido hospitalizado u operado, efectuando la observación que estuvo en valoración médica por terapias físicas en Teletón, por microdiscectomía a nivel cervical C6 – C7, colecistectomía, vasectomía y varicocelelectomía, sin que precisar o señalar que para el mes de enero del año 2014, estuvo hospitalizado por urgencias debido a un diagnóstico principal de Hemoptisis con siete meses de evolución para ese momento y Disnea Súbita, según concepto emitido por medicina interna, y además de una presunta embolia pulmonar (fl 129).

Así mismo, para el día 01 de noviembre de 2016, al firmar la el documento denominado “SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO”, a la pregunta No. 02. de “ha sufrido o sufre en la actualidad de alguna (s) de las siguientes enfermedades o lesiones? (Marque con una x), ENFERMEDADES RESPITARIAS – ASMA – TUBERCOLISIS, marcó “No” y luego, a la pregunta No. 14 “otras” indicó, sí, detallando que la lesión o enfermedad correspondía a “trauma redicumedular C6 / C7), de fecha 17 – 08 -2009, seguimiento periódico por el área de neurología y clínica del dolor”, omitiendo el diagnóstico de HEMOPTISIS, DISNEA SUBITA y

EMBOLIA PULMONAR, emitido por galenos de la CLINICA MEDIRI, de esta ciudad en el año 2014, donde fue atendido de urgencias por la especialidad de Medicina Interna .

A la luz de las anteriores directrices, sin lugar a mayores discernimientos, existió una reticencia de tal trascendencia en la declaración del riesgo por parte del asegurado, pues omitió señalar las afecciones respiratorias que padecía y/o había sufrido antes de la firma de la solicitud de seguro de vida, ya que de haberla conocido la aseguradora, se hubiera inhibido de contratar, o en su defecto lo habría hecho, pero bajo condiciones más onerosas.

Y es que frente a la temática expuesta, la jurisprudencia de la citada fuente, ha sido enfática en sostener:

“A juicio de la Corte, yerra el Tribunal al negar los efectos deletéreos de la conducta obrepticia de los tomadores y asegurados, pues ella lesiona grandemente el principio de buena fe que es una de las piezas esenciales del contrato de seguro, pues el asegurador ingresa al ámbito negocial en estado de ignorancia y es llevado de la mano a contratar por la información que con total fidelidad le debe suministrar el tomador, que en este caso también resultó ser asegurado. “(..)

“Entonces, la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro” (LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743 y 19 de julio de 2005, Exp. No. 5665-01).

“El artículo 1058 de Código de Comercio en su parte pertinente, 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. 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’, dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.

“Entonces – y aquí se encuentra la rectificación doctrinaria al Tribunal- es ese escenario la pérdida de la fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiera la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su

139

importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud ³, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro. "(...)

"4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro" (Sent. Cas. Civ. de 1º de junio de 2007, Exp. No. 00179-01)⁴.

Ante este panorama y probada como está la estructuración de la reticencia y la consecuente nulidad relativa del contrato de seguro de vida, concluye el Juzgado que las excepciones propuestas por pasiva están llamadas a prosperar, desestimando entonces, las pretensiones de la demanda, y la consecuente condena en costas a cargo de la parte demandante.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarenta y Nueve Civil Municipal de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

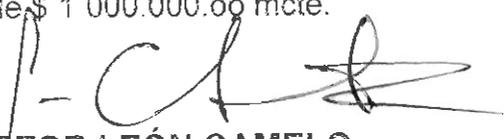
PRIMERO: DECLARAR FUNDADAS las excepciones de mérito propuestas por la sociedad demandada, denominadas "RETICENCIA DEL SEÑOR JOHN FEREDDY RODRIGUEZ GARCÍA" y "LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, CONSAGRADO EN LA POLIZA DE VIDA GRUPO NO CONTRIBUTIVA No. 22154414, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: En consecuencia, se **DECLARAR TERMINADO** el presente proceso Verbal (incumplimiento contrato de seguro), de DANIELA RODRIGUEZ FRANCO y CAROLINA ROMERO QUITO, como representante legal de la menor VALERIA RODRIGUEZ ROMERO contra COMPAÑÍA DE SEGUROS ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

³ Sent. Cas. Civ. de 12 de septiembre de 2002. Exp. No. 7011.

⁴ Cfr. C.S. de J. Sal. Cas. Civ. Sentencia de 01-09-2010. MP. Edgardo Villamil Portilla Exp. N° 050001-3103-001-2003-00400-01

CUARTO: CONDENASE en costas a la parte demandante. Fijese como
agencias en derecho la suma de \$ 1'000.000.00 mcte.


NÉSTOR LEÓN CAMELO

JUEZ

JUZGADO CUARENTA Y NUEVE CIVIL MUNICIPAL DE
BOGOTÁ D.C.

La presente ~~incisión~~ es notificada por anotación en
ESTADO Nro. 24 Hoy 09 DIC 2020 a la hora
de las 8:00 a.m.

CB