REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL
SALA CIVIL - FAMILIA DE DECISION
IBAGUÉ - TOLIMA

Magistrado Sustanciador: Ricardo Enrique Bastidas Ortiz.

Ibagué, quince (15) de octubre dos mil veinte (2020).

Referencia: Ordinario de Responsabilidad Civil Contractual. Demandante: María Irma Rodríguez Hoyos y otro. Demandados: Seguros de Vida Suramericana S.A. y Bancolombia S.A. Radicación Nro. 73-001-31-03-002-2019-00001-01.

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación presentado por el apoderado judicial de la parte demandante contra lo decidido en la sentencia proferida en las presentes diligencias por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Ibagué el 16 de octubre de 2019.

I. ANTECEDENTES:

1. María Irma Rodríguez de Hoyos y Mario Fernando Hoyos Rodríguez promovieron demanda contra Seguros de Vida Suramericana S.A. y Bancolombia S.A. para que mediante sentencia se acceda a las siguientes pretensiones:

Declarar *"que la aseguradora Suramericana y Bancolombia incumplieron con sus obligaciones de conducta, específicamente con el de información y debida diligencia propia de un profesional de seguros y del sector crediticio…*
Declare que el argumento de preexistencia y/o reticencia expuesto por la aseguradora para negarse a afectar la póliza Nro. 466784 no puede ser oponible a mis mandantes, como consecuencia de la declaración anterior
Declare civil y contractualmente responsable a los demandados…por el no pago de la prestación asegurada bajo el contrato de seguro de vida grupo deudores instrumentado en la póliza No. 466784…para amparar en caso de muerte el saldo insoluto del crédito otorgado por el citado Bancolombia al señor Carlos Urbino Hoyos Rodríguez, cuya obligación se hizo exigible con la realización del riesgo asegurado, al igual, que el seguro de vida cuyos beneficiarios voluntarios son los demandantes…". En consecuencia, ordenar el pago solidario de las respectivas sumas de dinero derivadas del mentado seguro de vida así como el reconocimiento de las costas procesales.

Con los mismos fundamentos solicitó la parte actora como pretensión subsidiaria la declaración de responsabilidad civil y extracontractual de la parte demandada.

2.- Los hechos de la demanda se pueden sintetizar de la siguiente manera:

Carlos Urbino Hoyos Rodríguez y María Irma Rodríguez de Hoyos contrajeron matrimonio católico el 22 de junio de 1969 y producto

de esa unión procrearon a su hijo Mario Fernando Hoyos Rodríguez.

A sus 73 años de edad el señor Carlos Urbino compró el vehículo tipo camioneta financiando dicha compra con Bancolombia S.A. a través de su producto Sufi y debido a su avanzada edad, para las tratativas de dicha gestión siempre iba acompañado de su hijo.

El 13 de junio de 2016 se firmaron los documentos. *"Los asesores entregaron los documentos que eran necesarios para el trámite del crédito, entre los que iban el formulario de solicitud de crédito y el formato de solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores de Suramericana, documento que fue diligenciado por el señor Mario Fernando Hoyos Rodríguez según las instrucciones del asesor de Sufi (Bancolombia), al respecto solo se le pidió que firmara el formulario su padre y llenara la parte inicial del formulario, valga decir, los datos personales y los beneficiarios voluntarios, razón por la cual no se diligenció entre otros espacios lo relacionado con la declaración de asegurabilidad. Espacios que serían diligenciados por el asesor de Sufi posteriormente.*
La declaración de asegurabilidad no fue diligenciada por el señor Carlos Urbino Hoyos Rodríguez (Q.E.P.D.), ni por su hijo, de igual forma, no se les realizó ninguna pregunta relacionada con el estado de salud del señor Hoyos Rodríguez, adicionalmente, tampoco se les dio información relacionada con la relevancia de dicha información…", incumpliéndose así con el deber de información y diligencia por parte del funcionario que actuaba en nombre de las demandadas y ocasionándose con ese actuar que no se *"registrara en dicho formulario el estado de salud del señor Hoyos Rodríguez…".*

Luego de aprobado el crédito y expedida la póliza Nro. 466784 que tenía una cobertura del saldo insoluto de la deuda y un valor adicional al fallecimiento del señor Carlos Urbino, este murió el 22 de diciembre de 2016. Hecho el reclamo a la aseguradora para que se afectara la póliza, el 1° de marzo de 2017 se recibió respuesta desfavorable por no haberse informado las enfermedades que padecía el causante antes de la contratación.

Ante requerimientos de Bancolombia para el pago de la obligación, el 29 de septiembre de 2017 la parte actora indicó que la declaración de asegurabilidad no fue diligenciada por el causante pues él nunca negaba las enfermedades que padecía, sin embargo, presentó propuesta de pago. El citado banco inició proceso ejecutivo pero después autorizó recibir el valor ofrecido por $55.035.950, razón por la cual y al no haberse afectado la póliza se terminó la acción ejecutiva y se dio posteriormente el respectivo paz y salvo.

3.- La demanda que fuere radicada el 19 de diciembre de 2018 pero entregada por reparto al despacho de conocimiento el 11 de enero de 2019, fue admitida por el Juzgado 2º Civil del Circuito de Ibagué el 18 del mismo mes y año[1]. Notificada en debida forma a las entidades demandadas la contestaron en los siguientes términos:

Seguros de Vida Suramericana S.A.: Adujo que algunos hechos no le constaban, unos eran ciertos y otros no; se opuso a las pretensiones de la demanda y propuso como excepciones de mérito las denominadas *"falta de legitimación en la causa por la*

[1] Fls. 1 a 23 C1.

parte activa para reclamar en un juicio de responsabilidad civil contractual de quien no ostenta la calidad de tomador en la póliza de vida grupo deudores sufi"; "inoperancia del contrato de seguro vida deudores sufi No 466784 en lo que se refiere al aseguramiento del señor Carlos urbano Hoyos Rodríguez - nulidad del contrato de seguro-"; "No cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad para créditos superiores a $40.000.000 y omisión de la declaración de preexistencias para su cobertura básica y del anexo vida más - incumplimiento no imputable a la aseguradora"; "Verificación del cumplimiento de las cargas del asegurado - infidelidad al deber de declaración veraz y certera del estado de riesgo"; "Irrelevancia de la inexistencia de causalidad entre la inexactitud o reticencia y las causas del siniestro"; "En las pólizas de vida grupo deudores el beneficiario es el mismo tomador"; "Inexistencia de la obligación de practicar examen médico a cargo de la aseguradora"; "Limite del valor asegurado como tope máximo de responsabilidad de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A." y *"Buena fe"*. En esencia, el fundamento central de la defensa radica en decir que Carlos Urbino Hoyos Rodríguez tenía antecedentes médicos que no fueron informados en la declaración de asegurabilidad y por tal razón se configura la nulidad relativa, siendo ello de tal importancia que de haber sido conocidos por la aseguradora se hubiera retraído de celebrar contrato alguno o hacerlo en otros términos.

Bancolombia S.A.: Expresó que la mayoría de los hechos no le constan, otros no son ciertos y algunos sí; afirmó oponerse a lo pretendido y en ese orden formuló como excepciones de fondo las denominadas *"Ausencia de responsabilidad de Bancolombia por ausencia de nexo causal"; "Falta de legitimación en la causa por*

pasiva"; "Falta de legitimación en la causa por Activa"; "Inexistencia de saldos insolutos a favor de Bancolombia" y *"Cobro de lo no debido".* Básicamente, alega que ninguna relación contractual existe respecto del contrato de seguro pues el mismo está a cargo de la aseguradora y que tampoco existió culpa en el agente del banco respecto del diligenciamiento del cuestionario de asegurabilidad.

4.- En auto del 10 de septiembre de 2019 se decretaron pruebas y se señaló fecha para la audiencia inicial la cual se llevó a cabo el 17 septiembre de 2019 y ya para el 16 de octubre del mismo año se recibieron alegatos de conclusión y seguidamente se dictó sentencia nugatoria de las pretensiones de la demanda, de paso, se condenó en costas a la parte demandante (folios 288 a 291 y 303 a 306 cuaderno 1). En lo puntual, fundó su decisión el *a-quo* al considerar que la parte actora tenía la carga probatoria de acreditar lo pretendido pero que en el plenario no existe elemento de juicio contundente para demostrar lo alegado, pues de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio se encuentra acreditada la reticencia ya que no se informaron las enfermedades que padecía el señor Carlos Urbino Hoyos Rodríguez antes de la celebración del contrato; además, no se probó que la persona que llenó el formulario haya sido el asesor del banco pero de haber sido así, ello no eximia la obligación de indicar que padecimientos se tenían. Indicó que el formulario fue firmado y se debió ser prudente y conocer el contenido del escrito y no firmar con espacios en blanco, más cuando el causante iba acompañado de su hijo y meses atrás en otro seguro había informado las enfermedades, siendo siempre obligación expresar la verdad.

5.- El apoderado judicial de la parte actora apeló dicha sentencia solicitando su revocatoria y que en consecuencia se accedan a las pretensiones de la demanda.

Alegó que hubo una conducta culposa del asesor quien sólo dejó llenar unos espacios pero él posteriormente sin preguntar diligenció el *"extracto del estado del riesgo"*, aspecto que es muy difícil de acreditar pero que en la práctica se ve con frecuencia en los usuarios del sistema financiero. No se aportó el documento original de asegurabilidad para que en sana critica se analizara y demostrara la certeza de lo dicho, de ahí que deba darse por cierto los hechos al no exhibirse el documento, pues ese elemento es vital y por eso se invirtió la prueba, razón por la cual no se podía incrementar la gestión probatoria a cargo del extremo activo.

Al momento de la celebración del contrató el causante tenía 73 años, por lo que las reglas de la experiencia dicen que es una persona enferma, desde ahí se generaba suspicacia para la parte demandada quien es además la especialista en el ramo sin que el hijo que lo acompañaba tuviera porque tener un conocimiento técnico del asunto ni tampoco aquél. Anteriormente en otra entidad se le preguntó si tenía enfermedades y por eso se indicaron, esta vez no, le omitieron la oportunidad de hacerlo, fueron imprudentes. No es tanto *"si hay o no reticencia sino es la actitud previa, culposa del asesor lo que se alega, es la omisión de la información, de la asesoría…"* ya que no se permitió declarar el estado de riesgo, siendo la conducta de las demandadas reprochable y arbitraria frente al *"extremo profano"*.

Dichos argumentos los amplió, puntualizó y profundizó mediante escrito visto a folios 307 a 314 del cuaderno 1. Especialmente, recalcó que *"no se puede exigir a la parte profana su deber de informar su estado de salud, si esta no fue preguntada u omitida por la persona que les estaba dando la asesoría, que en este caso fue el asesor de Bancolombia, entidad que a su vez es la tomadora del seguro".*

También enfatizó no estar de acuerdo cuando el *a-quo* dijo que al estar firmado el documento eso es señal de conformidad, pues ello daría vía libre para que las entidades financieras en ejercicio de su posición dominante autoricen a los funcionarios a engañar a los usuarios, desconociéndose de paso los avances legislativos en materia de derechos del consumidor, relaciones en las que también se resalta el deber de información y la debida diligencia por parte del proveedor y el derecho del consumidor a recibirla, para lo cual citó el recurrente apartes normativos de la Ley 1418 de 2011 y 1328 de 2009. Además, tampoco se cumplieron los deberes secundarios de conducta de información y consejo y por ello el postulado de la buena fe se dejó a un lado, el que si cumplió la parte actora.

Dentro del término otorgado para sustentar la alzada, la parte actora ratificó los mismos argumentos y frente a ellos el extremo pasivo se opuso a los mismos (Fls. 8 a 34 C2).

6.- Mediante auto del 13 de julio hogaño, esta Corporación en Sala Unitaria decretó como prueba de oficio la aportación de algunos documentos y allegados los mismos se corrió traslado en proveído

del 19 de agosto de 2020 sin que alguna de las partes algo manifestara (Fls. 35 a 94 C2).

II. CONSIDERACIONES:

1. Están presentes en su totalidad los presupuestos jurídicos procesales que reclama nuestro régimen para la correcta formación del litigio, por lo que la decisión que se debe imponer es de fondo o mérito.

2. Atendiendo los reparos y la sustentación enarbolada contra la sentencia de primera instancia, el estudio se ciñe principalmente a determinar si la postura del *a-quo* frente a la reticencia y declaratoria de nulidad relativa se debe mantener o sí, por el contrario, la parte demandada está obligada a pagar producto del contrato de seguro suscrito y en el que los demandantes fungen no sólo en calidad de beneficiarios sino también como sucesores del causante Carlos Urbino Hoyos Rodríguez dada la condición de cónyuge e hijo[2], las sumas de dinero que éstos piden.

En ese orden, imperioso es trascribir lo consagrado en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, así, el primero dice*: "DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA. <u>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</u>*

[2] Ver registros civiles. Folios 5 C1 y 46 vuelto C2.

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. (Subrayado propio).

A su turno, el segundo indica*: "PRESCINDENCIA DE EXAMEN MÉDICO Y DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO. 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".*

3. Bajo ese panorama normativo, debe decirse que no siempre el asegurador conoce las circunstancias que pueden influir en la apreciación del riesgo, por eso la correcta información del asegurado constituye el contenido del comportamiento de quienes

participan en los tratos preliminares al contrato. No ha de desatenderse que, por lo general, la aseguradora se orienta y decide conforme a lo que la otra parte le ha revelado; aquélla debe confiar en las declaraciones de quien pretende asegurarse.

En la etapa precontractual, quienes participan en ella, recíprocamente deben dar noticia de todo dato trascendente, porque esto ejerce una influencia sobre el consentimiento, como también la ejerce toda afirmación de lo que es falso o suministrada con reticencia, lo cual se traduce en una infracción al deber general de comportarse de buena fe.

Una información falsa, inexacta o reticente suministrada por el asegurado, vicia el consentimiento del asegurador, porque queda perfeccionado un contrato sobre un riesgo distinto del verdadero; de haber sido informado éste sin reticencias ni falsedades sobre las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo, hubiera preferido no contratar o hacerlo bajo otro contenido contractual. El perfeccionamiento del contrato de seguro depende de la influencia que ejerce la declaración del estado del riesgo que emite quien pretende asegurarse y obtener así un provecho para sus beneficiarios.

El deber de informar, que participa de la naturaleza de una carga de conducta, porque el asegurador no dispone de un medio de ejecución forzosa de la conducta debida, de ordinario se realiza por escrito mediante cuestionarios impresos que proporciona el asegurador, cuyo contenido apunta a la exacta representación del riesgo que puede llegar a ser objeto del contrato. A la anterior forma se le ha llamado declaración dirigida del estado de riesgo,

en contraposición a la declaración espontánea, que no se perfecciona con sujeción a un cuestionario determinado, sino que se circunscribe a las circunstancias conocidas y relevantes de la apreciación del riesgo a buen criterio del tomador o asegurado.

El contenido del cuestionario suministrado por el asegurador es el elemento orientador sobre cuáles son las circunstancias que, a su juicio, influyen en el riesgo, por ello la confianza que el asegurador deposita en la declaración veraz del asegurado puede ser infringida mediante la reticencia y la inexactitud o falsa declaración, fenómenos que producen la misma consecuencia aunque ontológicamente difieren. La primera se concibe como la omisión en la declaración de las circunstancias relevantes y la segunda como la discordancia entre lo manifestado en la declaración y la realidad. Una y otra vician el consentimiento del asegurador cuyo efecto es la nulidad relativa del seguro (artículo 1058 del Código de Comercio).

4. Descendiendo al caso controvertido, se le enrostra al asegurado Carlos Urbino Hoyos Rodríguez (Q.E.P.D.) que al gestionar la *"póliza vida grupo deudores"* Nro. 466784 siendo beneficiarios su cónyuge María Irma Rodríguez de Hoyos e hijo Mario Fernando Hoyos Rodríguez, aquél *"no fue preciso al diligenciar la declaración de asegurabilidad"* suscrita el 13 de junio de 2016 pues omitió mencionar sus antecedentes de salud que a esa fecha padecía, como lo era especialmente sus patologías de *"Diabetes Mellitus (dm), Hipertensión Arterial (hta), revascularización coronaria, insuficiencia renal, exfumador pesado por más de 30 años y consumo frecuente de licor"* (Fol. 208 C1), las cuales soportaba de

años anteriores a la contratación realizada como adelante se detallará.

Para hilvanar lo anterior, precísese que la copia de la declaración de asegurabilidad arrimada con los anexos de la demanda y con las contestaciones a la misma en gran parte de su redacción no es legible, razón por la cual como prueba de oficio se solicitó pero se allegó una similar, no obstante lo anterior la aseguradora adjunto un *"formato de solicitud de seguro sin diligenciar (anexo 3) utilizado para la fecha de ingreso del señor Carlos Urbino Hoyos Rodríguez (q.e.p.d.) con el objetivo de poner en conocimiento el contenido del documento mencionado…"*[3], probanza de la cual se corrió traslado sin que algo se objetara, de ahí que la misma sirva de soporte para saber su contenido y alcance, aspectos que además no vienen directamente controvertidos.

Claro ello, nótese que de la manifestación del estado del riesgo hecha en la declaración de asegurabilidad, se extrae que el asegurado indicó no padecer de limitación o enfermedad alguna, sin que ello se hubiera podido colegir o presumir de tajo por el sólo hecho de haber tenido 73 años para ese momento, mucho menos, *iterase,* cuando el propio asegurado, siendo su obligación legal y contractual, nada expresó pese a tener conocimiento de sus precedentes médicos; para claridad y además del deber de prudencia y cuidado mínimo que se tenía de leer antes de firmar, se consignó en un aparte de dicha declaración lo siguiente: *"declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es*

[3] Fls. 51 a 53 C2.

cierta…", a lo que después se pasó a imponer la firma asintiendo lo allí consignado.

En ese orden, debe ahora averiguarse si la anterior declaración guarda o no consonancia con la realidad, para lo cual se tiene en cuenta las pruebas allegadas al proceso que indican el estado de salud del asegurado con anterioridad a la declaración de asegurabilidad que se ha mencionado.

La historia clínica allegada junto a la contestación de la demanda que hiciera la aseguradora encartada (Fls. 136 a 168 C1), da cuenta que Carlos Urbino Hoyos Rodríguez (Q.E.P.D.) tenía como antecedentes *"dm ii (Diabetes Mellitus), hta (Hipertensión arterial), enf renal en diálisis peritoneal, enfermedad cardiovascular con revascularización coronaria, medicamentos: insulina, metropolol, isosorbide, amlodipinio, calcio…exfumador pesado por más de 30 años de un paquete al día y consumo frecuente de licor…"* (Encerrado propio). Por su lado, María Irma Rodríguez de Hoyos en su interrogatorio de parte y refiriéndose a su difunto esposo contestó: *"él tenía diabetes…había sido operado de corazón abierto…por la diabetes sufrió del riñón…diabetes creo que unos 10 años antes de fallecer o antes…la cirugía de corazón no recuerdo cuando fue eso. Muchos años antes de sacar el carro, fue por un paro cardiaco…no recuerdo la insuficiencia renal desde cuándo, pero si fue antes de la compra del vehículo…".* (Fls. 288 C1. Record: 13:00 a 25:43).

Luego, emerge diamantino de dichas probanzas no sólo las patologías y malos hábitos que tenía el causante, sino además los

muchos años que llevaba el paciente con tales enfermedades e indebidas rutinas.

De ahí que entonces, sin lugar a duda se observe que Carlos Urbino Hoyos Rodríguez para la época en que hizo la declaración de asegurabilidad - 13-06-2016 - tal como se afirma en las contestaciones de la demanda y lo sentenció el *a-quo*, omitió mencionar las deficiencias médicas que lo aquejaban según su historia clínica, en otras palabras, no informó a la aseguradora su verdadero estado de salud pese haber tenido el formulario en sus manos y a la vista. Y no sólo se reservó o calló lo atinente a dichas patologías, sino que además guardó silencio frente a la realización de malos hábitos. Es que, *"ha de acotarse que en efecto esas circunstancias constan en los documentos remitidos al proceso por la institución de salud que le prestaba servicios asistenciales al asegurado, suscritos…por el médico…en los que aparece: 'fumador de 40 cigarrillos diarios desde hace 41 años - ingiere licor prácticamente todos los días, desde hace 41 años'…los que siendo puestos en conocimiento de las partes…no merecieron objeción alguna, por lo que aunados a la 'declaración de asegurabilidad' evidencian en forma diamantina la demostración de haber el 'asegurado' faltando al deber de 'declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo', por lo que se presenta la reticencia denunciada, que trae como consecuencia la 'nulidad relativa del 'contrato de seguro'"*[4]. Aunque de la contestación que diera la aseguradora para objetar la reclamación se desprende que los malos hábitos no fue la razón para negar el pago solicitado (Fol. 18 C1), dicha situación no imposibilita hacer

[4] C.S.J. Sentencia del 25 de mayo del 2012.Exp. 2006-00038-01 M.P. Ruth Marina Díaz Rueda.

mención de ellos en estos momentos para dar mayores argumentos, ya que *"…si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto"*[5]

Puestas las cosas en ese punto, está visto que la deslealtad y omisión del asegurado en no manifestar su estado de salud (y sus indebidos hábitos) en cuanto a los padecimientos de que era víctima años atrás y persistente a la celebración del contrato de seguro, que es precisamente lo sancionable por el legislador indistintamente de que el ocultamiento sea la causa directa del siniestro, configura nulidad relativa de conformidad con lo preceptuado por el artículo 1058 del régimen mercantil, pues repítase, se está en la obligación de declarar sinceramente y en el caso presente, como se anotó líneas atrás, el extinto Carlos Urbino Hoyos Rodríguez no lo hizo, todo lo contrario, dijo estar sano generando una confianza legítima que a la postre dada la abstención de la verdad, quebrantó el principio de la buena fe que en su máxima expresión campea en esta clase de asuntos.

5. Y no se le puede achacar a la parte demandada, como en algún momento lo manifestó el extremo recurrente, la obligación de

[5] C.S.J. Sentencia del 27 de julio de 2006. Exp. 1998-00031-01. M.P. Cesar Julio Valencia Copete.

haber solicitado la historia clínica o exámenes médicos para determinar las condiciones de salud del asegurado, pues en el expediente no aflora ni un sólo elemento de juicio idóneo que permita concluir que la aseguradora *"antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración*", o que ya celebrado el contrato se hubiere allanado a *"subsanarlos o los acepte expresa o tácitamente",* absolutamente nada da cuenta de ello y en ese sentido no se imponía para la demandada realizar ese deber. Sí Carlos Urbino Hoyos Rodríguez hubiese informado su anómalo estado de salud y pese a ello la aseguradora no hubiere averiguado realmente cuál era su condición médica, ahí sí ésta no podría excusarse a pagar el siniestro, no obstante, como ello no aconteció o por lo menos acá no se probó, difícil entonces mirar el asunto desde la óptica por la que aboga la parte actora.

Tampoco es consistente aseverar como lo dice la parte actora en la alzada y lo manifestó en diferentes momentos procesales, que el asegurado sólo se limitó a firmar sin que se le indagara o cuestionara sobre su estado de salud o se le pusiera de presente las consecuencias de la declaración de asegurabilidad, pues ello se contrapone a lo consignado y a la firma impuesta en los documentos que componen la póliza de seguro, con lo que el asegurado asintió lo convenido y dio por sentado que había entendido lo pactado, cuanto más, cuando de manera libre y voluntaria lo hizo, pues no existe elemento de juicio alguno que indique lo contrario o que pruebe que por su edad su capacidad mental o física estaba limitada o que por algún factor extraño su consentimiento se vio turbado o nublado, de ahí que se entienda que el señor Carlos Urbino estuvo de acuerdo con la información

consignada en la declaración de asegurabilidad, lo que de paso aflora intrascendente si los espacios o respectivas casillas fueron diligenciados por el asegurado, el asesor o un tercero, pues, finalmente, con la imposición de la firma se entiende la ratificación de la información allí consignada, lo que de paso desgaja en que la inversión de la carga de la prueba a que alude el extremo activo aflore insustancial e inocua.

Y es que, menos acogida tiene ese argumento si en la cuenta se tiene que al asegurado se le puso a su disposición un cuestionario previamente establecido y que tenía precisamente por objeto provocar esa declaración de asegurabilidad, formulario que valga decirlo, de su revisión se observa que su contenido el cual involucra las preguntas allí hechas es claro, comprensible y preciso, el cual entonces al estar en manos del asegurado, debió éste como cualquier ciudadano cauteloso proceder con un mínimo grado de prudencia y cuidado a dar lectura del mismo, como en efecto se colige que lo hizo y por esa razón impuso su firma, máxime, repítase, cuando no se informa y menos se prueba que no estuviera en capacidad de hacerlo. No se deje a un lado que el asegurado además de haber sido pensionado del magisterio[6], ese día se encontraba acompañado por los demandantes quienes también, de ser el caso, podrían haberle colaborado u orientarlo aunque sólo hubiera sido para realizar la lectura, no obstante, como lo expresó en su interrogatorio su hijo, *"mi papa se encontraba en todas sus facultades, bien…"*, por tal razón y aunado a que el descendiente del causante también es profesional - ingeniero mecánico - no es plausible que no se leyeran la totalidad de documentos o que dejaran espacios en blanco como

[6] Fls. 191 a 192 C1.

lo dijo en interrogatorio de parte Mario Fernando Hoyos Rodríguez[7], pues resultaba ello ser una carga mínima que en cualquier relación contractual se debe asumir y que no requiere de un conocimiento especializado o superior, ya que en ultimas las preguntas se reducen a contestar si se padecen o no determinadas patologías que inclusive en el cuestionario se relacionan hartas y que para el caso varias vienen a coincidir con las que tenía el extinto Carlos Urbino Hoyos Rodríguez.

Recuérdese que en asuntos como este, *"…no importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que de informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz…"*[8]*;* es más, en la misma providencia se advierte que aun ante la ausencia de firma en la declaración de asegurabilidad, ello no significa que la aseguradora haya tomado el riesgo en el estado en que se encontraba, pues el *"deber de actuar de buena fe obligaba a…manifestar, así fuera espontáneamente, 'todas aquellas circunstancias vinculadas con el riesgo, máxime cuando tiene conocimiento sobre la información que le es relevante para la empresa aseguradora, como podía ser deducido, en este caso, a*

[7] Fol. 288 C1. Record: 29:11 a 41:45.
[8] C.S.J. Sentencia civil Nro. 2803 del 4 de marzo de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

partir del formulario de declaración de asegurabilidad que el tomador decidió no suscribir…”.

Luego, resulta escueto e infundado decir que no se permitió expresar si se tenía o no determinada patología o que frente a ello no se preguntó, pues el formulario y las preguntas allí contenidas por si solas son claras en detallar lo pretendido o querido provocar con el cuestionario, que no es otra cosa que la declaración de asegurabilidad o del estado del riesgo, de ahí que no hubiera existido una prohibición o negativa de información o una falta de debida diligencia - asesoramiento - frente al tema de salud del asegurado o una vulneración al derecho del consumidor, pues insístase, el formulario fue diamantino y preciso en hacer las preguntas, por ello en ese mismo sentido y con sinceridad debió responderse o diligenciarse por el asegurado quien para ese momento estaba acompañado por los demandantes, cuanto más, cuando estos en interrogatorio de parte informaron que meses atrás ante otra entidad el causante había indicado sus enfermedades.

Y aunque es reprochable que la parte demandada no hubiera allegado oportunamente el documento original de la declaración de asegurabilidad o por lo menos una copia legible, lo cierto es que con el mismo no podría concluirse fatalmente si las tintas allí plasmadas son las mismas o no como lo dice la parte recurrente. Ciertamente, si alguna inconformidad tenía la parte actora con tal situación o algo relacionado en ese sentido, es decir, la letra inserta, las tintas o el esfero utilizado o la rúbrica impuesta, le incumbía entonces además de precisar su descontento y argumentar su finalidad probatoria, allegar la respectiva

experticia o prueba idónea para apalancar su dicho, empero, en las oportunidades probatorios no lo hizo, motivo por el cual ninguna conclusión o deducción en ese punto se puede efectuar.

6.- En la demanda se solicitó como prueba la exhibición de documento consistente en que la parte demandada aportara el *"original diligenciado el 13 de junio de 2016..."*[9] (documento contentivo de la declaración de asegurabilidad), lo que a pesar de haberse decretado y no hacerse, no se puede en este caso concreto así no más, tener por *"ciertos los hechos que quien pidió la exhibición se proponía probar..."*[10]. Obsérvese que *"quien pida la exhibición expresará los hechos que pretende demostrar..."*, no obstante lo anterior nada de eso se argumentó, pues lo único que se dijo fue que el *"documento que se aporta como prueba documental en el proceso es* (de) *muy baja calidad..."*, luego, no expresándose cuál era la finalidad probatoria que se quería con dicha prueba, su no aportación no puede conducir a la aceptación de algún hecho. Cuál supuesto fáctico según la parte actora se debe dar por cierto?. Ninguno, pues ni siquiera se indicó el hecho o hechos que querían demostrarse con el mentado elemento de juicio. En todo caso, las pruebas recaudadas y analizadas bajo los derroteros de la sana crítica demuestran lo contrario a lo pretendido por la parte actora, de ahí que una confesión como la buscada no pudiera encontrar eco.

7.- Como consecuencia de todo lo anterior, conclúyase que en el caso juzgado Carlos Urbino Hoyos Rodríguez (Q.E.P.D.) como asegurado, tenía la obligación de rendir la declaración de

[9] Fol. 120 C1.
[10] Artículo 267 del Código General del Proceso.

asegurabilidad informando su estado personal de salud, empero, al omitir ese aspecto generó que inexorablemente se extinguiera la causa jurídica del contrato de seguro, ocasionando de contera su nulidad de acuerdo a lo establecido en el pluricitado artículo 1058 de la ley mercantil, razón por la cual ningún reproche desde el punto de vista contractual o precontractual se le pueda hacer a las demandadas, mucho menos desde la óptica extracontractual como se pide en la pretensión subsidiaria, pues además que el ropaje contractual no se puede desconocer a interés de la parte, con tal *petitum* se buscaba también el cumplimiento del contrato y como se advirtió el mismo está cubierto bajo los efectos de la nulidad.

8. Para apuntalar gran parte de todo lo expuesto y por su relevancia, se transcribirá el precedente que nuestro máximo órgano de cierre de esta especialidad profirió en un caso de similares contornos, así, expresó:

"*5. No está demás señalar que en ningún yerro jurídico incurrió el Tribunal cuando aplicó, en la forma como lo hizo, el artículo 1058 del Código de Comercio y, más exactamente, las salvedades a la nulidad relativa del contrato prevista en el inciso final del mismo.*

Tal inferencia se asienta en la interpretación que de ese precepto ha hecho la Corte, reiterada en reciente fallo que, por su importancia, cabe reproducirse en extenso, como pasa a hacerse:

'(…) El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual [e]l 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.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.

Al respecto la Sala en SC 1° jun. 2007, rad. 2004-00179-01, precisó como

[d]el referido texto legal [artículo 1058 del Código de Comercio] se puede deducir lo siguiente: (…) 4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula

el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas (…) 4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (…) 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 distingos, 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.

Sin embargo, el artículo 1058 en cita atenúa ese agravio, porque cuando el silencio o distorsión de la situación son producto de un

«error inculpable del tomador» sólo se disminuye el monto a indemnizar, pero eso sí, con la salvedad de que en el «seguro de vida» una vez transcurridos «dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato» deja de aplicarse la reducción por expresa disposición del artículo 1160 ejusdem.

Adicionalmente, contempla dos casos en que la «inexactitud» no es constitutiva de «nulidad relativa» o da lugar a un pago proporcional. En primer lugar, cuando el asegurador tuvo un enteramiento previo de la realidad o debía saberla. La otra particularidad es si, con posterioridad al ajuste, éste permite la subsanación de los «vicios de la declaración» o los admite, ya expresamente o de hecho.

Empero, esas salvedades tienen relación con el «conocimiento presuntivo del estado del riesgo» y son inmanentes al deber del asegurador de verificar los datos suministrados por el tomador, cuando tenga serias dudas de su certeza en vista de que se contradicen con aspectos entendidos por él.

De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «[a]unque 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».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cuál es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su

exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

La Corporación en SC 26 abr. 2007, rad. 1997-04528-01, recordó como

[l]o del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto 'debido conocer' de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia -en últimas su profesionalismo-, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de 'los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración', por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior se yergue como una de las excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente (subrayado del texto).

*Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo (CSJ, SC 2803-2016 del 4 de marzo de 2016, Rad. n.° 2008-00034.01, negrillas fueras del texto)***'**.

6. Si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, planteamiento que no fue confutado por el recurrente, mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro, por aplicación del mandato contenido en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio.

De lo anterior se sigue que, cual lo dedujo el ad quem, en el presente caso no se configuró la primera hipótesis exceptiva fijada en el inciso 4º del comentado artículo 1058 del Código de Comercio, esto es, que la empresa aseguradora, antes de la celebración del contrato, hubiese "conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración", previsión que no tiene el alcance de atribuirle a ella, como deber, el de constatar, en todos los casos, la veracidad de la declaración de asegurabilidad y, mucho menos, el de impedir que se consolide la

sanción de nulidad relativa del contrato, cuando el asegurador no actúa de esa forma”[11].

9.- Finalmente, como en el auto admisorio se concedió amparo de pobreza a favor de la parte actora y uno de los efectos que tal figura jurídica tiene según el artículo 154 del Código General del Proceso es que la parte beneficiada no será condenada en costas, por esa razón se revocará el numeral segundo de la parte resolutiva de la sentencia apelada y no habrá lugar entonces a imponer condena en costas en esta instancia. En lo demás, el fallo censurado se confirmará.

III. DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Ibagué, Sala Civil Familia de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

Primero: Revocar el numeral segundo de la parte resolutiva de la sentencia dictada el 16 de octubre de 2019 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Ibagué, según se motivó.

Segundo: En lo demás, se confirma la sentencia apelada por la parte actora y proferida en las presentes diligencias por el referido despacho judicial en la fecha allí anotada.

Tercero: Sin lugar a imponer condena en costas en esta instancia.

[11] C.S.J. Sentencia Civil No. 18563 del 16 de diciembre de 2016. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.

Cuarto: En firme esta providencia, devuélvase el proceso al juzgado de origen previas las desanotaciones de rigor.

Esta sentencia fue discutida y aprobada por la Sala de decisión llevada a cabo el día 8 de octubre de 2020, tal como consta en el acta Nro.40.

Notifíquese y Cúmplase,

RICARDO ENRIQUE BASTIDAS ORTIZ

Magistrado

Firma escaneada según Decreto 491 de 2020

LUIS ENRIQUE GONZÁLEZ TRILLERAS

(Firma escaneada conforme al art. 11 del Decreto 491 de 2020)

MANUEL ANTONIO MEDINA VARON

Magistrado

Firma escaneada según Decreto 491 de 2020