



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
SANTA MARTA**

Santa Marta, veinticinco (25) de abril de dos mil veinticuatro (2024)

TRASLADO SECRETARIAL

CLASE DE PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE: MAGALLY ESTHER MONTENEGRO FONTALVO
DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
RADICACIÓN: 47-001-40-53-004-2020-00344-00

Se corre traslado a la parte no recurrente por el término de cinco (5) días del escrito de sustentación del recurso de apelación presentado por el apoderado judicial de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

LUISA FERNANDA VEGA MUÑOZ
Secretaria

Santa Marta, abril de 2024.



JURIDICARIBE

Señores:

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA

E.S.D

Ref.

Proceso: Verbal de Responsabilidad Civil Contractual

Demandante: Magally Esther Montenegro Fontalvo

Demandado: Compañía de Seguros Bolívar S.A

Radicado: 47001405300420200034401

ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN CONTRA LA SENTENCIA

OLGA LÓPEZ MARTÍNEZ, mayor de edad y vecina de la ciudad, identificada civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, abogada en ejercicio, acudo a su despacho en calidad de apoderada Judicial de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, demandada dentro del proceso de la referencia, con el fin de sustentar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia de fecha 30 de junio de 2023 proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Santa Marta en el caso de la referencia.

Nuestra inconformidad frente a lo resuelto por el juzgado de primera instancia en el proceso de referencia se hace consistir en lo siguiente:

1. El juzgado condenó a la compañía aseguradora atribuyéndole a ésta la carga de verificación del estado de salud de la demandante, desconociendo que en los contratos de seguros opera la **ubérrima buena fe**.
 2. El juzgado impone el deber a la aseguradora de realizar exámenes médicos a la asegurada, desconociendo que, por ley en los seguros de vida las aseguradoras no están obligado a ello; y
 3. Se condena a la compañía aseguradora a pagar intereses moratorios desde la fecha 02 de abril de 2019, y no desde la fecha en que hipotéticamente podría tenerse por acreditado su derecho.
- **En cuanto a los presuntos deberes a cargo de la aseguradora.**

Se observa que las consideraciones del despacho, en especial las relacionadas con los dos primeros reparos, están sustentadas en sentencias de tutela de la Corte Constitucional, con la que se busca imponer exigencias y demostraciones adicionales a lo preceptuado en el artículo 1058 del Código de Comercio para que resulte aplicable la sanción de la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, al revisar más allá de las sentencias citadas en la decisión de instancia, encontramos que la Corte Constitucional ha desarrollado un verdadero debate respecto al tema, del que han resultado diversas sentencias con posiciones que podrían resultar favorables o desfavorables a los intereses de la aseguradora al plantear excepciones como la nulidad relativa del contrato de seguros.

Así, tenemos algunos precedentes como la C-232 de 1997 modificada por la sentencia T-832 de 21 de octubre 2010, esta última apoyada por la sentencia T-086 de 16 de febrero de 2012, pero alterada por la sentencia T-342 de 13 de junio de 2013, y contrariada por la T-193 de 1 de abril de 2014, entre otras. Lo cierto es que la Corte Constitucional no cuenta con un criterio unificado de interpretación del ordenamiento mercantil en lo que respecta a la reticencia que plantean las aseguradoras.

Tanto así que, en una de las sentencias mencionadas, la T-342 de 13 de junio de 2013, la Alta Corte consideró que el yerro del ente accionado habría derivado del desconocimiento del precedente de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, según el cual

(...) el asegurado (...) debe informar sinceramente sobre su estado de salud, para los efectos de los riesgos que se pretenden asegurar, sin que le sea exigible, al asegurador entrar a realizar indagaciones o escudriñamiento sobre la declaración emitida por el futuro asegurado o tomador, puesto que se presume una buena fe extrema en quien se pretende asegurar.

Es decir, no se tuvo en cuenta alguno de los precedentes decantados por la misma Corporación, sino que se remitió a la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, de la que destacamos su firme posición respecto al deber del asegurado de informar el estado del riesgo so pena de nulidad del contrato.

En sentencia T-501 de 2016 se contempló que la calificación de la conducta del asegurado desborda la órbita de competencias del juez de tutela, y, además, se rectificó la postura orientada a exigir exámenes médicos previos, aduciendo que:

(...) si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre -a pesar del mandato legal la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el principio de buena fe que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.

Y en la misma línea, la sentencia T-051 de 2016 estableció:

Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.

Así, por ejemplo, **en los seguros de vida**, salvo pacto en contrario, **deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], *ni de las sanciones a que su infracción de lugar”*.**

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la **máxima buena fe** (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre -a pesar del mandato legal previamente transcrito- la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.

Lo anterior da cuenta de que existen múltiples pronunciamientos al respecto, y que, así como los tenidos en cuenta por el despacho, también existen los que contrarían la posición adoptada, pero en la sentencia aquí atacada no se ofrecen razones para elegir unos precedentes por encima de otros.

Además, los fundamentos jurisprudenciales que motivaron esta decisión se tratan de fallos con efecto *inter partes* que no tienen la fuerza para variar la doctrina probable de la Corte Suprema de justicia, lo cual consideramos muy respetuosamente que resulta de inadecuada aplicación en el campo de la jurisdicción civil, porque debe tenerse en cuenta que la postura de la Corte Constitucional no es la única frente a esta problemática, y en todo caso, como se mencionó en líneas anteriores, la misma Corte Constitucional ha reconocido que la función de interpretar los contratos de seguros de vida corresponde a la jurisdicción civil, entonces, ¿por qué no recurrir al órgano de cierre competente?.

La Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil ha definido una postura jurisprudencial prácticamente inmodificable frente a la reticencia, y ha sido constante en la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio sin agregarle exigencias adicionales relacionadas con la relación de causalidad del siniestro y el riesgo omitido o demostraciones relacionadas con la mala fe, por lo que nos permitimos invocar algunos pronunciamientos:

- **Sentencia SC18563-2016. Radicación N.º 05001-31-03-017-2009-00438-01. Magistrado ponente: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO. Bogotá, D. C., dieciséis (16) de diciembre de dos mil dieciséis (2016).**

(...) A este respecto, esa Corporación señaló que en los contratos de seguro opera como principio la ubérrima buena fe de quienes los celebran; que el tomador está en la obligación legal de informar sinceramente el estado del riesgo; que la aseguradora no tiene el deber, sino la facultad, de confirmar los datos que con ese fin aquél le suministre; y que, por lo mismo, la conducta de buena fe que la respectiva empresa asuma, no sirve para evitar que se produzcan los efectos que el legislador previó para la reticencia del asegurado, en particular, la nulidad relativa del respectivo contrato de seguro (...)

(...) 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.

- **Sentencia SC2803-2016. Radicación N.º 05001-31-03-003-2008-00034-01. Magistrado Ponente: FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ. Bogotá D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil dieciséis (2016).**

(...) 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 (...)

(..) 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.** (..)

(..) 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.

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.

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.

Aterrizando en el caso concreto y revisando la historia clínica de la señora MAGALLY ESTHER MONTENEGRO, se observa que la demandante omitió informar que con anterioridad a la suscripción del contrato de seguros con la COMPAÑÍA SEGUROS BOLÍVAR S.A, desde el año 2003 aproximadamente, venía presentando disfonía, enfermedad que fue diagnosticada, tratada y recurría a controles periódicos por dicha enfermedad, patología esta que se tornaba importante conocer para poder realizar un óptimo estudio del riesgo y así determinar si se asumía o no este o si se asumía en condiciones más onerosas, y aún más cuando se tiene que es precisamente la disfonía la enfermedad que da lugar a la calificación de pérdida de capacidad laboral de la demandante, es decir, que incidió directamente en la materialización del riesgo.

Al respecto, en sentencia de segunda instancia del 07 de marzo de 2022, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Santa Marta, manifestó que:

Teniendo en cuenta que al momento de firmar el certificado de asegurabilidad de la primera póliza en el año 2011, el finado **no solo señaló que no padecía de ninguna patología de las enlistadas en los documentos que signó y que no sufría síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que pudieran incidir sobre su estado de salud, sino que precisó que tampoco le afectaba ninguna otra no contemplada en el documento, es posible inferir que de manera consciente omitió poner en conocimiento de la aseguradora su real estado de salud, y si bien, en el caso de la segunda póliza no firmó el certificado a que se hace referencia esto no lo eximia de poner de presente a la demandada el hecho de padecer enfermedades diagnosticadas con antelación a la materialización del negocio jurídico.**

Es así que para el despacho no existe duda alguna que se concretó la reticencia, ya que las patologías fueron debidamente diagnosticadas

mucho antes de que

adquiriera la póliza de seguros, sin que se pueda endilgar en cabeza de la aseguradora demandada negligencia de ningún tipo.

La Corte Suprema de Justicia ha sido clara al respecto, y en diferentes pronunciamientos como en la sentencia SC del 1 de junio de 2007, reiterando lo dicho en la decisión SC 25 de mayo de 2012 y SC 1 de septiembre de 2010 y SC2803 de 2016, ha señalado:

“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.

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 depende 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.

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 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 y ocultados por quien tomó el seguro”.

Haciendo referencia al pronunciamiento en cita, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Santa Marta, en sentencia del 07 de marzo de 2022, ya mencionada, consideró que:

En ese orden de ideas la omisión del tomador, desde un comienzo o luego de que recibió los formularios no podía revertirse en una aceptación del riesgo por la aseguradora sin limitación alguna, ni mucho menos ser visto como una razón de peso para que la aseguradora presumiera la existencia de vicios en la declaración, de tal manera que de haber comunicado oportunamente las patologías que la aquejaban no se configuraría la nulidad relativa consagrada en el inciso final del referido artículo 1058.

Lo traído a colación no dista del caso en asunto, pues estamos frente al caso de una asegurada que no informó su verdadero estado de salud, en especial, respecto a la disfonía que padecía, y tampoco se abstuvo de firmar la declaración de asegurabilidad o lo informó a la aseguradora, lo cual conlleva a una declaración reticente e inexacta, y, en consecuencia, en el presente caso se produce la nulidad relativa del seguro.

Atendiendo a todo lo comentado, se considera que erró el Juzgado de primera instancia al atribuir e imponer deberes a la aseguradora con la finalidad de verificar el estado de salud de la demandante, atribuciones y deberes que ni la ley ni la jurisprudencia impone, de acuerdo a lo revisado en precedencia.

Por lo anterior, solicitamos al señor Juez revisar las circunstancias del caso conforme a la jurisprudencia aplicable y de cara a lo reglado en el artículo 1058 del Código de Comercio en el sentido de declarar la nulidad relativa del contrato de seguros.

- **En cuanto a la condena por intereses moratorios:**

Por otra parte, respecto a la decisión del juez de primera instancia consistente en condenar a la compañía aseguradora a pagar intereses moratorios desde la fecha 02 de abril de 2019, se considera que se incurre en error, toda vez que en el hipotético caso que el despacho condene a la compañía al pago de intereses moratorios, estos empezarán a correr dentro del mes siguiente en que el asegurado acredite su derecho ante la compañía aseguradora de acuerdo a lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio.

En el presente caso tenemos que la reclamación fue presentada a la compañía el 02 de abril de 2019, por lo tanto, los intereses -en caso de que haya que cancelarlos- se deberán contabilizar a partir del 03 de mayo de 2019 y NO desde el 02 de abril de 2019 como lo hizo el despacho. Lo anteriormente manifestado se fundamenta en el artículo 1080 del Código de Comercio.

En ese sentido se dejan plasmada la sustentación del recurso de apelación, por lo cual se realiza la siguiente:

PETICIÓN

En atención a lo desarrollado en el presente recurso de apelación, solicitamos al juez de segunda instancia se sirva revocar la sentencia de fecha 30 de junio de 2023 proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Santa Marta en el proceso de la referencia, y en su lugar, declare probadas las excepciones propuestas a favor de la Compañía de Seguros Bolívar S.A y en consecuencia, absuelva a dicha aseguradora de lo pretendido por la parte demandante.

Para efectos de las notificaciones de actuaciones que se surtan en este proceso se tienen como dirección electrónica los correos olga.lopez@juridicaribe.com y notificaciones@juridicaribe.com.

Agradeciendo de antemano la atención prestada.

Cordialmente,



OLGA LÓPEZ MARTÍNEZ

C. C. N.º 1.083.027.777 de Santa Marta

T.P. N.º 332.603 C. S. de la J.