



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA QUINTA DE DECISIÓN
CIVIL FAMILIA LABORAL

M.P. EDGAR ROBLES RAMÍREZ

Proceso: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
Demandante: MARIO ANDRÉS ACHURY DÍAZ
Demandada: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Radicación: 41001-31-03-005-2021-0009-01
Asunto: APELACIÓN DE SENTENCIA
Procedencia: JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE NEIVA (H).

Aprobado y Discutido mediante acta N° 037 de 6 de abril de 2022
Neiva, seis (6) de abril dos mil veintidós (2022)

1. ASUNTO

Procede la Sala Quinta de Decisión Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 5 de agosto de 2021 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva.

2. ANTECEDENTES

2.1. LA DEMANDA

Solicitó el demandante, se declare la existencia de un contrato de seguro de vida, contenido en la póliza N° BAN100299336, suscrito entre Seguros Generales Suramericana



S.A., y el causante Víctor Mario Achury; en consecuencia, se condene a la aseguradora reconocer y pagar en favor Mario Andrés Achury Díaz en calidad de beneficiario, el total de \$300.000.000., millones de pesos, como valor asegurado.

Así mismo, se condene a la aseguradora a pagar intereses moratorios conforme el artículo 1080 del Código de Comercio, así como las costas del proceso.

2.2. HECHOS

Como presupuestos fácticos se señaló que, el señor Víctor Mario Achury, suscribió con la empresa Seguros Generales Suramericana S.A., contrato de seguro de vida por millón Falabella, representado en la póliza N° BAN100299336, con vigencia de *(26 de noviembre de 2018 a 16 de noviembre de 2019) (sic)*, del que era único beneficiario su hijo, hoy demandante Mario Andrés Achury Díaz, por el valor de \$300.000.000.

La parte actora, anunció que el señor Víctor Mario Achury, falleció el 6 de mayo de 2019, habiendo sido diagnosticado con esclerosis lateral, enfermedad que no padecía al momento de la suscripción de la referida póliza de vida; por dicha razón el 18 de mayo de ese año, presentó reclamación formal ante la aseguradora con el fin de hacer efectivo el contrato por haber acaecido el siniestro.

Que Seguros Generales Suramericana S.A., objetó formalmente la solicitud aduciendo que el asegurado, había incurrido en reticencia, pues no informó de manera veraz y completa su estado de salud para la época de suscripción del contrato, omitiendo indicar que se encontraba en estudios por sospecha de esclerosis lateral, enfermedad que causó su deceso.

Determinación que no comparte el demandante, pues adujo que al momento de realizar la declaración de asegurabilidad, el asesor de la compañía omitió preguntarle al causante, las



dolencias y enfermedades que padecía y, además no le indicó las exclusiones a las que habría lugar.

Señaló el actor, que la aseguradora faltó a su deber de información toda vez que debieron solicitar al causante la historia clínica o la práctica de exámenes médicos para establecer el estado del riesgo asegurado.

2.3 CONTESTACIÓN

-SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

Se opuso a las pretensiones de la demandada, indicando que al señor Víctor Mario Achury, le asistía la obligación legal de informar sinceramente el estado de riesgo, conforme lo dispuesto en el art. 1058 del Estatuto Mercantil; por tal motivo, debió registrar en la declaración de asegurabilidad las enfermedades que padecía, lo cual no hizo, faltando al principio de la ubérrima buena fe que gobierna los contratos, más aún, cuando sabía que tenía alto riesgo de padecer esclerosis lateral, pues tan solo 4 días antes se había practicado exámenes que arrojaban dicho resultado.

Precisó que la aseguradora no faltó al deber de información, toda vez que el formato es sencillo, claro, y no requiere explicaciones técnicas, máxime si el tomador es una persona con conocimientos y se encontraba consciente de lo que suscribió.

De ese modo, concluyó que fue el señor Víctor Mario Achury quien obró con reticencia, al no declarar el verdadero estado del riesgo y, en consecuencia, propuso las excepciones de *"Nulidad relativa del contrato de seguros por reticencia"*, *"incumplimiento de la garantía pactada en el contrato de seguro affinity vida Falabella N° BAN100299336 – la garantía deberá cumplirse so pena de la anulabilidad del contrato de seguro"*, *"pérdida del derecho a la indemnización por mala fe en la reclamación"* y *"genérica"*.



3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA-

El Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva (H), en providencia de 5 de agosto de 2021, declaró probada la excepción de *"Nulidad relativa del contrato de seguros por reticencia"* propuesta por la sociedad Seguros de Vida Suramericana SURA S.A., como manifestación de la sanción de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio, negando las pretensiones de la demanda y condenando al demandado a pagar las costas procesales.

Para arribar a dicha determinación, primeramente, indicó que el hijo del causante tenía legitimación en la causa para actuar por activa, por cuanto era el único beneficiario de la póliza de vida N° 100299336.

De otro lado, dijo que el causante había faltado al deber de informar de manera veraz y clara el estado del riesgo asegurable, por cuanto al momento de suscribir el contrato se encontraba en estudios médicos para determinar si padecía de esclerosis lateral, tal y como lo corroboró al verificar la historia clínica aportada, y la que en uno de sus apartes, se registró lo manifestado por la esposa del causante *"él se sentía como enfermo, le pesaban las piernas, no podía caminar por sí solo, e incluso un día, cayó al piso, pues no pudo soportar su propio peso"*, indicios que generan credibilidad en lo indicado por la demandada.

Además, encontró que el hoy demandante, al rendir interrogatorio de parte confesó que días antes su padre se había tomado unos exámenes pues no se encontraba bien de salud, y que, al suscribir el contrato de póliza de vida, se le suministró la información requerida en los documentos que tuvieron en su poder, pero que no revisaron solo por el hecho de que el asesor bancario no se los advirtió.



Finalizó señalando, que la aseguradora probó la mala fe del contratante, al ser reticente y no informar su verdadero estado de salud, afectando la cobertura del riesgo asegurado, pues a esta no le asistía el deber de verificar si lo que se le decía era cierto o no, como tampoco el de realizar exámenes médicos para tal fin o auscultar su historia clínica, dado que en este tipo de convenios se parte del principio de la extrema buena fe.

4. APELACIÓN

Inconforme con la sentencia de primera instancia, el apoderado del demandante interpuso recurso de apelación, argumentando que el juez erró en declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia por parte del asegurado, pues no se probó la mala fe de éste, en informar el estado de asegurabilidad.

Señaló que si bien, quien suscribe el contrato de seguro tiene la obligación de declarar con honestidad la totalidad de los factores que puedan afectar las condiciones del contrato de seguro, lo cierto es que, como se ha indicado desde la presentación de la demanda, la mera discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y aquella existente en la historia clínica del asegurado no implica la configuración de la reticencia y, en ese sentido, corresponde a dicha entidad, demostrar el elemento subjetivo del presunto ocultamiento o falta a la verdad, esto es, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada, haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del afianzado, pues las aseguradoras se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron.

Puesto que de la lectura del artículo 1058 del Código de Comercio, se puede colegir que, aunque medie declaración de asegurabilidad, la sola existencia del mismo, no libera a la aseguradora de desplegar una actitud diligente, preventiva y condigna del ejercicio de su profesión, como lo es, verificar la existencia de reticencia.



Precisó que el despacho no tuvo en cuenta que dentro del plenario no se acreditó por parte de la demandada, que, para la fecha de suscripción del contrato de seguro, el causante, dejara de informar algún riesgo.

4.1 TRÁMITE EN SEGUNDA INSTANCIA

Mediante auto de 8 de febrero de 2022, se corrió traslado a la parte apelante para sustentar el recurso de alzada, y en oportunidad, reiteró los argumentos expuestos en torno a la indebida valoración probatoria de los documentos obrantes en el proceso, especialmente en lo que concierne a la declaración de asegurabilidad suscrita por el causante.

Así mismo, citó varias providencias proferidas por el Tribunal Superior de Neiva, Sala Civil, Familia Laboral, con ponencia de los Magistrados Edgar Robles Ramírez y Luz Dary Ortega Ortiz¹, y la H. Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, para concluir que el A quo no revisó el contrato de seguro, pues de haberlo hecho, la decisión sería diferente.

Finalmente, dijo que para que se configure la reticencia alegada por la aseguradora se debe probar la mala fe del asegurado, elemento subjetivo que se echa de menos; y reiteró los argumentos respecto de la condena al pago de intereses.

Al traslado del recurso, la parte demandada se pronunció, indicando que el A quo analizó en detalle y en conjunto los medios de prueba, que lo llevaron a la convicción de que el causante había faltado al deber de información que le asistía, pues pasó por alto indicar que tenía sospechas de padecer esclerosis lateral, lo que afectaba el riesgo asegurado, además que se efectuó un vasto análisis del material probatorio que permitió acreditar la mala fe con la que se actuó frente a la aseguradora.

¹ Sin citar y/o identificar que decisiones



5. CONSIDERACIONES DE LA SALA

5.1. PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde a la Sala determinar si el juez de instancia incurrió en indebida aplicación de los artículos 1058 y 1158 del Estatuto Mercantil, que lo condujo a declarar probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia.

5.2. RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO

El artículo 1058 del Código de Comercio, consagra:

"DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro."

De ahí que el contrato de seguro ha sido considerado invariablemente, en la doctrina como en la jurisprudencia, de *uberrimae bonae fidei*, por lo que las partes deben desempeñar un comportamiento conductual colaborativo y solidario, deber jurídico imperativo que se traduce en declarar precontractualmente toda la información que esté a su disposición y que incidirá en el perfeccionamiento del contrato, así como de solventar todas las vicisitudes a las que puedan verse constreñidas las partes en el devenir ulterior de la relación jurídica.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia STC 566 del 30 de enero de 2020, al referirse al deber de información, señaló



"(...) El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa (...).

"(...) Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado «(...) a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (...)», como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que si él conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella (...).

"(...)".

"(...) De otra parte, cuando se trata de agravación del estado del riesgo, ocurrida en vigencia del amparo, la legislación mercantil contempla una solución similar a la de la etapa precontractual, dado que en esta fase liminar, una vez conocidas las circunstancias determinantes del estado del riesgo, el asegurador puede negarse a contratar, o puede hacerlo pero en condiciones más onerosas para el tomador (art. 1058 C. de Co.), mientras que si ello tiene lugar en el desarrollo futuro del pacto, puede revocar el contrato o exigir el reajuste en el valor de la prima, siempre que sea notificado de la agravación (art. 1060 del C. de Co) (...).".

"(...)".



"(...) En suma, si el tomador omite información relevante al momento de negociar un contrato de seguro, finalmente consolidado, se está en el escenario de la reticencia, que conduce a la invalidez relativa del convenio. Por su parte, si el asegurado se reserva información respecto de circunstancias de agravación del riesgo, presentadas luego de la entrada en vigencia del seguro se está en causal de terminación del vínculo (...)”².

La Corte Constitucional, en sentencia C - 232 del 15 de mayo de 1997, refiriéndose a este tema afirmó que *"La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse (...)".*

Por su parte, el tratadista J. Efrén Ossa en su libro *"Teoría General del Seguro"* señaló que: *"La inexactitud o la reticencia en la medida en que, conforme a los criterios expuestos, sean relevantes 'producen la nulidad relativa del seguro'. Generan vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error en su declaración de voluntad frente al tomador. No importa que aquél no reúna las características que lo tipifican a la luz de los arts. 1510, 1511 y 1512 del Código Civil. 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 de uberrimae fidei".*

Cabe agregar que el inciso final del artículo 1058 del C.Co exonera al asegurado de la sanción contenida en ese precepto *"si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la*

² CSJ. SC5327-2018 de 13 de diciembre de 2018, exp. 68001-31-03-004-2008-00193-01



declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente".

Hipótesis normativa que indica que es el asegurador quien, en principio, está llamado a asumir las consecuencias de tal omisión, pues su silencio y el cobro de las primas respectivas hacen suponer que su voluntad fue celebrar el contrato de seguro muy a pesar de las reticencias del convenio.

La declaración del estado del riesgo puede darse de dos maneras: mediante la absoluciónde un cuestionario que la aseguradora suministre en el cual se formulan preguntas específicas, o bien a través de una declaración espontánea en la cual el tomador o asegurado informa, según su criterio, los hechos o circunstancias que rodean el riesgo; pero en uno y otro caso la declaración debe ser sincera y exacta.

En el caso bajo examen la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario al causante para que expusiera verazmente las patologías que lo afectaban desde tiempo atrás. Es así que obra a folio 51 al 53 del anexo N°4 (*contestación demanda Suramericana*) del expediente digital, distintos documentos denominados "*solicitud para seguro de vida por millón*", "*certificado individual de seguro de vida por millón*" suscritos por el señor Víctor Mario Achury, en los que constan en el acápite de declaración de asegurabilidad, donde se indaga: "*si tiene o ha tenido o le han diagnosticado valvulopatía, reemplazos articulares arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos) epilepsia, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, artritis reumatoidea, diabetes, pancreatitis, enfermedad de la glándula tiroides, úlcera péptica, colitis, hepatitis B o C trastornos psiquiátricos, parálisis, deformidades, ceguera, sordera total o parcial, asma (siempre y cuando haya sido diagnosticado posterior a los 5 años de edad), Parkinson, artrosis, pérdida anatómica funcional, enfermedades de la sangre, enfermedad coronaria, aneurisma, trasplantes, síndrome de Down, infarto de miocardio, derrame, isquemia o trombosis cerebral, enfisema pulmonar, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, esclerosis*



múltiple, cirrosis, retardo mental, consume drogas estimulantes, ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción". A la cual respondió el causante que no.

Así mismo, se le cuestionó *"si practicaba algún deporte extremo como, toreó, automovilismo, vuelo de cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo de ultra-livianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros";* obteniendo una respuesta negativa

Igualmente, se le consultó *"si ha padecido enfermedades diferentes a las ya enunciadas, fracturas o conmociones cerebrales por las que haya recibido o esté en tratamiento médico, tiene programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses";* indicando que no.

Y finalmente se le indagó *"si en se encontraba en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad"* (subrayado por la Sala); manifestó que no.

Es de resaltar que dichos documentos, cuentan con fecha de suscripción desde el año 2018, hasta noviembre de 2019, y en todos ellos, se obtienen las mismas respuestas negativas frente a las preguntas realizadas en torno al estado del riesgo.

Sin embargo, obra en folio 61 al 122 del anexo N°4 (*contestación demanda Suramericana*), del expediente digital, historia clínica del causante, en la que se evidencia que éste se encontraba en estudios médicos desde el 28 de septiembre de 2018, por sensación de pérdida de fuerza en las 4 extremidades, siendo hasta el 22 de noviembre de igual año valorado por el neurólogo Doctor Iván Alberto Plazas Arce, quien luego de estudiar todos los exámenes que se ordenaron y practicaron al causante, señaló *"paciente con alta sospecha de esclerosis lateral amiotrófica, debiendo ampliar estudios para descartar otras etiologías"* (sic), esto tuvo ocurrencia antes de la suscripción del contrato seguro de vida (22 de noviembre de 2018).



Igualmente, al rendir interrogatorio de parte el demandante, manifestó que su padre en días anteriores, se encontraba realizándose algunos exámenes médicos, pues presentaba unos quebrantos de salud, pero que no eran graves, y que, al momento de suscribir la póliza de seguro, el causante se encontraba bien, por lo que, al responder las escasas preguntas realizadas respecto del riesgo asegurable, manifestó no padecer ninguna enfermedad.

De acuerdo con los preceptos jurisprudenciales antes señalados, y conforme a la declaración de asegurabilidad de la solicitud de seguro de vida por millón, el causante tenía la obligación de manifestar, que en ese momento se encontraba realizándose exámenes médicos para confirmar o descartar que padecía de esclerosis lateral, para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado, sin embargo, no lo hizo.

Con lo anterior, quedó plenamente acreditado que el extinto señor Víctor Mario Achury, conocía que se le estaban realizando una serie de exámenes médicos para determinar cuál era la patología que lo aquejaba, y que a tan solo 4 días de la suscripción de la póliza, su médico tratante consignó en la historia clínica *"alta sospecha de esclerosis lateral amiotrófica"*, y pese a ello manifestó que no se encontraba en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad, siendo reticente y omitiendo declarar los hechos y circunstancias acerca del estado de riesgo.

Máxime si dicha enfermedad le fue confirmada el 27 de diciembre de 2018, conforme la historia clínica aportada, misma que generó su deceso el 5 de mayo de 2022, al presentar esclerosis lateral amiotrófica de rápida progresión con compromiso bulbar, inminencia de falla ventilatoria y síndrome de desacondicionamiento físico.

En ese orden, es del caso precisar, que conforme a lo previsto en el artículo 1158 del Código de Comercio: *"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.", obligaciones dentro de las cuales al tenor de lo establecido en el artículo citado se encuentra la de "declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo".

Así las cosas, considera esta Corporación que se encuentra desquebrajada la presunción de buena fe del asegurado en su declaración, lo cual configura el fenómeno de la reticencia. Como bien lo consideró el juzgador de primer grado. Por lo anterior, se confirmará la sentencia de primera instancia, conforme la parte considerativa de esta providencia.

6. COSTAS

De conformidad con el artículo 365 numeral 1 del C.G.P, se condenará en costas al demandante, en segunda instancia, en favor de la aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A.

Sin más consideraciones, la Sala Quinta Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

7. RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 5 de agosto de 2021 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva, conforme con las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas en segunda instancia a la parte demandante, en favor de la aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A.

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público



SC. M.P. Edgar Robles Ramírez. Rad. 2021-0009-01

TERCERO: En firme este proveído vuelva las diligencias el juzgado de origen para lo de su cargo.

NOTIFÍQUESE

EDGAR ROBLES RAMÍREZ

ANA LIGIA CAMACHO NORIEGA

LUZ DARY ORTEGA ORTIZ

Firmado Por:

Edgar Robles Ramirez
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala Civil Familia Laboral
Tribunal Superior De Neiva - Huila

Luz Dary Ortega Ortiz
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala Civil Familia Laboral
Tribunal Superior De Neiva - Huila

Ana Ligia Camacho Noriega
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público



SC. M.P. Edgar Robles Ramírez. Rad. 2021-0009-01

Sala 003 Civil Familia Laboral
Tribunal Superior De Neiva - Huila

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

01d6d9128a84fdcff2f16442a093db4aaa2bbafde0fb89d58e147e99dec84458

Documento generado en 06/04/2022 03:38:49 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>