



SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL

ASUNTO	Apelación Sentencia- Verbal
DEMANDANTE	Luis Fernando Mayo Yepes
DEMANDADOS	Allianz Seguros de Vida S.A.
DECISIÓN	Confirma sentencia
PROCESO RDO.	05001-31-03-010-2017-00706-01

Medellín, tres de noviembre de dos mil veintiuno

ANTECEDENTES

1. DEMANDA. Luis Fernando Mayo Yepes, mediante apoderado judicial, presentó demanda en contra de Allianz Seguros de Vida S.A. y al respecto expuso las siguientes pretensiones:

- (i) Se declare que entre Juan Fernando Mayo Misas y Allianz Seguros de Vida S.A. se celebró un contrato de seguro denominado Allianz Vida Modalidad Especial Plus, bajo la póliza 021843520/0.
- (ii) Se declare la ausencia de reticencia o inexactitud atribuible al asegurado al declarar el estado de asegurabilidad en el contrato de la referencia.
- (iii) Se declare que Allianz Seguros de Vida S.A. incumplió las cláusulas pactadas en el contrato de seguro.
- (iv) En consecuencia, se condene a la aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. a pagar a Luis Fernando Mayo Yepes -en la condición de único beneficiario- la suma de \$150'000.000<sup>oo</sup>, por concepto del valor asegurado en la póliza de vida individual Especial Plus 21843520/0, más los intereses moratorios que sobre esa suma se haya causado, desde el 18 de enero de 2015 hasta el pago total de la obligación.

Como fundamento de lo pretendido, el apoderado judicial de la parte demandante expuso:

a. Juan Fernando Mayo Misas, suscribió la póliza de vida individual Especial Plus N° 21843520/0, por un valor asegurado de \$150'000.000°, previa declaración de asegurabilidad dirigida, la cual fue hecha por Juan Fernando según las instrucciones que aparecen en el respectivo cuestionario, sin dejar de diligenciar alguna casilla o contestar alguna pregunta que allí se formulara.

b. En el formulario se interrogó al futuro asegurado por todas y cada una de las enfermedades y/o antecedentes que padeciera o que haya padecido, con carácter de graves, la fecha de aparición de las mismas, el tratamiento o evolución y el estado actual, frente a lo cual el asegurado respondió en forma negativa.

c. Juan Fernando Mayo Misas, falleció trágicamente el 11 de diciembre de 2015, a la edad de 30 años, por hechos que a la presentación de la demanda todavía eran motivo de investigación por parte de la Fiscalía 13 Especializada de Medellín.

d. Luis Fernando Mayo Yepes, el 18 de diciembre de 2015, en la condición de único beneficiario presentó reclamación ante la aseguradora, la cual fue objetada, bajo el argumento de que, al momento de la solicitud del seguro, el asegurado no declaró la lesión sufrida por arma de fuego en el fémur -accidente que ocurrió 9 años atrás, esto es, el 23 de septiembre de 2006- y, por tanto, fue reticente.

e. Juan Fernando Mayo Misas no informó ese hecho, por cuanto en el cuestionario no había pregunta o casilla en la que se interrogara por un evento como ese. Además, debido a ese accidente, Juan Fernando fue atendido en la Clínica el Rosario de Medellín, mediante un procedimiento de atención ambulatoria, que no generó ninguna hospitalización, ni incapacidad, ni implicó tratamiento alguno, debido a que no fue clasificado clínicamente como grave.

f. El asegurado Juan Fernando Mayo, de buena fe, cumplió con el deber de informar sinceramente el estado de su salud, ya que diligenció completamente el cuestionario dirigido.

g. Al momento de la declaración de asegurabilidad, para la compañía Allianz Seguros de Vida S.A., la información suministrada por Juan Fernando Mayo Misas fue suficiente para tomar la decisión de asegurarlo. Fue la aseguradora quien no cumplió con el deber de confirmación del estado de salud del asegurado, por cuanto no solicitó exámenes médicos, ni historia clínica y tampoco hizo una valoración previa al asegurado, por lo que no es viable que, una vez ocurrido el siniestro, se objete la reclamación, bajo el argumento de que el asegurado fue reticente porque omitió declarar un incidente que no le fue preguntado.

h. Luis Fernando Mayo Yepes, el 10 de marzo de 2016, presentó solicitud de reconsideración frente a la objeción infundada de la aseguradora. No obstante, tal solicitud fue objetada otra vez, bajo nuevos argumentos -lo cual no es permitido legal ni jurisprudencialmente- ya que la aseguradora expuso que, adicional a lo ya expuesto en la primera objeción sobre la reticencia, "(...) *ALLIANZ pudo constatar que, el señor JUAN FERNANDO MAYO MISAS fue vinculado por Fiscalía Seccional y juzgado, a procesos judiciales relacionados con (i) el uso de documento falso en julio de 2007, (ii) lesiones culposas en noviembre de 2007 y (iii) hurto calificado agravado con sentencia condenatoria en febrero de 2008 (...)*".

i. En el cuestionario dirigido y que fue entregado en este caso al asegurado, no había preguntas con miras a conocer los antecedentes penales y morales de este. Además, no tenía espacios para que el asegurado complementara o adicionara la información solicitada.

2. CONTESTACIÓN. La demandada Allianz Seguros de Vida S.A., notificada por aviso (fols. 61-64, c.1), por medio de apoderado judicial se opuso a las pretensiones de la demanda y propuso la excepción que denominó "*Nulidad relativa del contrato de seguro, por inexactitud y reticencia*". Al respecto, la entidad demandada, refirió que Juan Fernando Mayo Misas, incurrió en inexactitud y reticencia al momento de declarar el estado riesgo, que para estos efectos era el estado de su propia salud, al haber omitido un evento relevante de cara a la estimación del riesgo, como lo era la fractura de fémur por impacto de bala que había padecido antes de suscribir el seguro. Asimismo, la entidad aseguradora expuso que existía unas condiciones o situaciones personales que

también son relevantes a la hora de asumir un riesgo en un seguro de vida, como lo eran aquellas referidas a las actuaciones y condenas que la fiscalía y los jueces penales impusieron al asegurado, las cuales comportan un hecho de especial relevancia para la asegurabilidad de una persona.

La demandada advirtió que era obligación de Juan Fernando Mayo Misas declarar dichas situaciones, pues de esta forma, la compañía de seguros, quien no estaba en la obligación de conocer las mismas, pues confió en el asegurado, hubiese podido tener criterio suficiente para no haber celebrado el negocio o haberlo hecho en condiciones diferentes, pues la información omitida era relevante para la aseguradora, en la medida en que aquella estaba intrínsecamente ligada al alcance y dimensión del riesgo, siendo carga del aquí demandante demostrar que esa información omitida frente al asegurador y que, este de hecho, la desconocía por completo, era insignificante o irrelevante a efectos de haber dado o no el consentimiento.

En tales condiciones, la aseguradora adujo que además de la nulidad relativa del contrato, no solo procede la negativa de pago del seguro, sino también la retención de la prima pagada durante el tiempo del contrato.

3. SENTENCIA. En decisión de 26 de julio de 2018, el Juzgado 010 Civil del Circuito de Medellín declaró probada la excepción denominada "*nulidad relativa del contrato de seguro*" y desestimó las pretensiones de la demanda.

3.1. Con fundamento en el artículo 1058 del Código de Comercio y en consideración a los argumentos expuestos en las objeciones presentadas por la aseguradora, lo cual fue debidamente acreditado con la historia clínica de 23 de septiembre de 2006 y los antecedentes penales debatidos, el juez advirtió que, en principio, se podría entender que Juan Fernando Mayo Misas desatendió el rigor que comprendía el deber de información que tenía a su cargo. Luego, el funcionario judicial precisó que la declaración de asegurabilidad no hacía alusión a antecedentes penales, razón por la cual el fallo se dirigía al estudio únicamente respecto a la declaración sobre las lesiones, cirugías y atención hospitalaria que había recibido el asegurado.

3.2. En ese sentido, el juzgador señaló que en el cuestionario que sirvió de base para la declaración de asegurabilidad en el presente caso, no existe ninguna pregunta referida específicamente a verificar si el asegurado Juan Fernando Mayo había recibido heridas con arma de fuego o si tenía antecedentes penales, por lo que no puede exigirse -como lo indicaba la parte demandante en el interrogatorio de parte- que el tomador esté obligado a hacer saber por otro medio a la aseguradora otros hechos que no estén contenidos en ese cuestionario de asegurabilidad, pues lo que debe entenderse es que esos otros hechos que no son indagados en el cuestionario de asegurabilidad, es porque no eran factores importantes para la aseguradora al momento de celebrar el contrato.

3.3. En ese orden, el juez señaló que en lo que tiene que ver puntualmente con las preguntas relativas a si alguna vez el futuro asegurado había sido operado u hospitalizado o si había sufrido una lesión o incapacidad, Juan Fernando Mayo Misas contestó que no, razón por la cual resulta fundamental la historia clínica de 23 de septiembre de 2006, como documento de prueba de que Juan Fernando Mayo no fue fiel a la verdad, al no referir el accidente con arma de fuego, ni la lesión y atención hospitalaria. Al respecto, el juez adujo que esas preguntas no eran solo de responder sí o no, pues no se trataba de dejar al tomador y asegurado sin la posibilidad de explicar algo al respecto, pues en el cuestionario está la posibilidad de especificar cuál fue el tipo de lesión que sufrió, cuál fue ese tipo de tratamiento, cómo ha evolucionado y cuál es el estado actual.

Así, el juez de primera instancia, advirtió que, según la historia clínica, el asegurado Juan Fernando Mayo tenía como antecedente el 23 de septiembre de 2006, la reconstrucción de fémur izquierdo por accidente de tránsito, lesión que exigió intervención quirúrgica y hospitalización para el 2004, y si aquel consideraba que esa intervención ya no tenía ninguna importancia, el cuestionario le permitía explicar cómo había sido la evolución y cuál era su estado actual a raíz de esa situación. Además, el 23 de septiembre de 2006, el asegurado fue lesionado por arma de fuego y dado de alta ese mismo día con instrucciones, por lo que el juez consideró que, si Juan Fernando consideraba que esa era una herida leve, lo cierto es que era una consideración propia de él, ya que el cuestionario de asegurabilidad le daba toda oportunidad de decir

en qué consistió, qué trascendencia tuvo y cuál era el estado actual, y no lo hizo.

En ese orden, el juez *a quo* expuso que, en cuanto tiene que ver con esas lesiones que el asegurado omitió informar, si la aseguradora hubiera sido debidamente enterada, habría tenido la opción en ese momento de la contratación de desarrollar las actividades necesarias para verificar si ese aspecto permitía o no acceder al contrato de seguro en esas condiciones, y por ese valor. Esto, además, le habría permitido hacer todas las investigaciones del caso, para llegar a conocer que Juan Fernando Mayo Misas en algún momento fue vinculado a investigaciones penales, hecho que tal vez habría tenido incidencia en la decisión de Allianz Seguros de Vida S.A. de contratar o no. En este orden, el juez concluyó que Juan Fernando Mayo no fue fiel a la verdad respecto a las preguntas en la declaración de asegurabilidad, de manera que, incurrió en reticencia e inexactitud, lo cual da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro objeto de litigio.

4. APELACIÓN. Inconforme con lo resuelto, la PARTE DEMANDANTE presentó recurso de apelación y expuso:

4.1. El juez al momento de motivar la sentencia, no hizo una valoración sistemática de los documentos obrantes en el proceso. Además, agregó que la estimación que el juzgador hizo respecto al testimonio de Juan Carlos Aponte Velásquez, pasó por alto los lineamientos de las reglas de la sana crítica, pues ni siquiera tuvo en cuenta la cuestionada credibilidad y, con ello, la tacha de sospecha hecha por el demandante.

4.2. El juez hizo una indebida interpretación del contenido del contrato de seguro, ya que pasó de largo el análisis del tipo de contrato y el tipo de cuestionario, con lo cual permitió una extensión de las condiciones de favorabilidad al asegurador y no al asegurado, como la jurisprudencia exige.

4.3. El funcionario de primer grado, en contravía de lo dispuesto en el artículo 221 del Código General del Proceso y demás normas concordantes, permitió que el interrogado aportara una prueba documental en la audiencia que, sin duda, lograría lo que la parte demandada perseguía: inducir al juez a una

hipótesis diferente de la que era materia de proceso. En ese orden, el juez estructuró una conclusión con pruebas impertinentes e ilegítimas.

4.4. El juzgado desconoció el precedente jurisprudencial sobre el contrato de adhesión y la interpretación de las cláusulas leoninas y confusas. El juez no tuvo en cuenta las normas que protegen al consumidor de seguros, pues ni siquiera consideró las reglas de los contratos de adhesión, la ley 1328 de 2009, el nuevo Estatuto del Consumidor, ni la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte Suprema de Justicia.

4.5. El juez desatendió el problema jurídico que delimitó la litis, consistente en que la parte demandada incumplió la cláusula pactada en el contrato de seguro de vida y, contrario a ello, fijó el análisis en el contrato de seguro y en la interpretación del mismo, o más bien, de algunas cláusulas del contrato.

Ante el Tribunal, el apoderado judicial de la parte demandante, reiteró lo argumentado al formular los reparos concretos en primera instancia. Además, insistió en que el presente asunto se refiere a un contrato de seguro de vida, en que, al momento de la celebración, la demandada empleó un sistema de cuestionario dirigido, que no fue debidamente valorado por el juez de primera instancia. Al respecto, la parte recurrente señaló que, si bien no hay norma sustancial que regule el cuestionario que la compañía debe usar al celebrar el contrato de seguro de vida, la jurisprudencia sí ha aclarado cuáles son los efectos que se tienen al emplear el cuestionario espontáneo o dirigido y el juez *a quo* no hizo ese análisis.

Recalcó que tampoco se valoró en debida forma la prueba testimonial, pues el testigo Juan Carlos Aponte Velásquez fue “totalmente parcializado” en razón a la dependencia que tiene con la entidad aseguradora, máxime que declaró que participó en forma activa en una investigación respecto del asegurado, encaminada a objetar la reclamación. Luego, el recurrente añadió que el juez no valoró que las objeciones fueron firmadas por persona no autorizada y que al momento en que se hizo una nueva objeción frente a la solicitud de reconsideración, la aseguradora trajo argumentos diferentes a la primera objeción, lo cual constituye un comportamiento temerario.

La parte no recurrente, por su lado, guardó silencio durante el traslado para las alegaciones en esta sede.

## CONSIDERACIONES

1. PROBLEMA JURÍDICO. En atención al recurso interpuesto contra la sentencia de primera instancia, a esta Sala corresponde definir -en síntesis-, si el demandante tiene razón al señalar que la decisión de primera instancia debe ser revocada, en tanto que una debida valoración de las pruebas obrantes en el proceso y una debida interpretación del contrato de seguro, permite concluir, que el juez *a quo* se desvió del problema jurídico planteado en la litis y, en consecuencia, contrario a lo expuesto por este, en el presente asunto no existió reticencia ni inexactitud al momento de la declaración del estado del riesgo por parte de Juan Fernando Mayo Misas y, por tanto, hay lugar a que la aseguradora pague al beneficiario el valor asegurado en el contrato de seguro de vida objeto de litigio.

2. MARCO NORMATIVO Y DE INTERPRETACIÓN JURÍDICA PARA LA DECISIÓN DEL CASO EN CONCRETO.

2.1. Según el artículo 1058 del Código de Comercio:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o



la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”.

2.2. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia -Sala Civil- en sentencia SC5327 de 13 de diciembre de 2018, expuso que,

“De acuerdo con el artículo 1058 del C. de Co. la reticencia o inexactitud en que incurra el tomador del seguro acerca del estado del riesgo genera nulidad relativa del contrato, siempre que los datos omitidos o imprecisos sean relevantes para la calificación del estado del riesgo.

Esa inadvertencia, para afectar la validez de la convención, debe ser trascendente, toda vez que, si la declaración incompleta se concentra en aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia se puede derivar en el sentido sancionatorio mencionado, todo lo cual se funda en la lealtad y buena fe que sustenta los actos de este linaje.

De ese modo, son relevantes, al decir de la norma en cita, las inexactitudes y reticencias cuando *«conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...)»*, vale decir, la relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo tiene qué ver directamente con datos esenciales para la cabal expresión de la voluntad.

(...) 5.2.1. 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.

Dicho en otras palabras, si el tomador no oculta información o, lo que es lo mismo, si declara sincera y completamente el estado del riesgo fundado en la información objetiva que tiene sobre el mismo, no habría incumplimiento de sus deberes en la etapa precontractual, y ello descartaría la presencia de la mencionada causal de invalidez.

(...) En tal virtud, paralelo al deber del potencial tomador, ya indicado, en el otro vértice contractual recae también una carga de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esa obligación, pudiendo efectivamente hacerlo (art. 1058, inciso final, del C. de Co.), como lo sostuvo esta Sala en fallo CSJ SC 02 ago. 2001, Exp. 6146.

(...) Conforme a lo expuesto, cabe concluir que si bien la reticencia conduce, en línea de principio, a una nulidad relativa del contrato, por erosionar la buena fe que gravita en este particular negocio, tal figura debe examinarse cuidadosamente a la luz de la actividad de cada parte, esto es, de la conducta asumida por los extremos de la relación a lo largo de la formación del contrato, pues no siempre que el tomador omite datos determinantes del estado del riesgo se llega a esa sanción, en tanto, puede ocurrir que paralelamente a ese actuar, el asegurador haya omitido o prescindido de formular preguntas al tomador, que hubiesen permitido conocer -por su calificado oficio- los hechos que le servían de soporte para contratar el seguro”.

2.3. Asimismo, en sentencia SC3791 de 01 de septiembre de 2021, esa Corporación precisó:

*“(...) Como tiene dicho esta Corporación, «no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad*

*de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento»<sup>1</sup>.*

(...) Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son «*relevantes*»<sup>2</sup>. Para la jurisprudencia constitucional, «*siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo*»<sup>3</sup>. En el mismo sentido esta Corporación al asentar:

*«Ahora, es incuestionable que la ley no ha consagrado una pormenorizada relación de los hechos que determinan el estado del riesgo en el contrato de seguro (numerus clausus), sin que tampoco pueda pasarse por alto que las circunstancias que ofrezcan incidencia en un evento concreto, in casu, pueden carecer de ella en otro distinto. Por tal razón, compete al juez, en cada caso específico, dado que se trata de una quaestio facti, auscultar y validar, desde la óptica del singular contrato de seguro sub judice, cuáles acontecimientos fácticos pudieran interesar o incidir en el asentimiento del asegurador y cuáles no (juicio de relevancia o de trascendencia) (...)»<sup>4</sup>*

Lo dicho implica demostrar la reticencia o inexactitud. Igualmente, la incidencia de los vicios en el consentimiento. Esto último sin aquello, desde luego, no es posible ponderar. Se trata, entonces, de requisitos que se encadenan. De ahí que también se debe probar cómo el asegurador, en el caso de haber conocido la información ocultada, tergiversada o falseada, se habría «*retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas*» (artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio).

La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción.

(...) De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención. Otras, por cuanto conocidas, real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, con

---

<sup>1</sup> CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

<sup>2</sup> OSSA G., J. Efrén. Teoría General del Seguro - El Contrato. Editorial Temis. Bogotá. 1991. pág. 333.

<sup>3</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-232 de 15 de mayo de 1997.

<sup>4</sup> CSJ. Civil. Sentencia de 12 de septiembre de 2002, expediente 7011.

todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. Estas últimas, mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que son nimias o insignificantes”.

3. SOLUCIÓN AL CASO EN CONCRETO. En esta ocasión, la Sala advierte de entrada que la decisión de primera instancia debe ser confirmada, en tanto que, como bien lo advirtió el juez de primer grado, en este evento se acreditó que el contrato de seguro adolece de nulidad relativa, debido a que el tomador del seguro -Juan Fernando Mayo Misas- no declaró sinceramente el estado del riesgo, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. En este punto, conviene precisar que, contrario a lo expuesto por la parte recurrente, en este asunto el juez no desvió el tema objeto de litigio, pues es evidente que la excepción alegada por la parte demandada, exigía un estudio en ese sentido respecto a la declaración sincera del riesgo, máxime que el mismo demandante solicitó en las pretensiones que se declarara la ausencia de reticencia e inexactitud en la declaración de asegurabilidad de Juan Fernando Mayo Misas, lo cual además quedó claro al momento de establecerse la fijación del litigio.

3.1. Ahora, la parte recurrente, enfocó su inconformidad -en síntesis- respecto a la valoración probatoria desplegada por el juez de primera instancia en lo que tiene que ver con el cuestionario dirigido para la declaración de asegurabilidad. No obstante, la Sala encuentra que ninguno de los argumentos expuestos por el apelante, tiene la virtualidad de derruir la decisión de primera instancia, pues en este escenario quedaron acreditados los elementos configurativos de la nulidad relativa del contrato de seguro objeto de litigio. Al efecto, se verá cómo se acreditó que el tomador o asegurado Juan Fernando Mayo Misas fue reticente en la descripción del estado del riesgo, y que, de haber conocido esas inconsistencias al momento de la contratación, la aseguradora se habría “*retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas*”. Ambos hechos son los que, a voces del artículo 1058 del Código de Comercio, “*producen la nulidad relativa del seguro*”.

3.2. En este orden, véase que, en la declaración de asegurabilidad, al ahora finado Juan Fernando Mayo Misas -en la condición de tomador y asegurado- se le puso de presente un cuestionario escrito, denominado “*Solicitud Seguro de Vida Individual – Alianza Vida Modalidad Especiall Plus*”, en el que se le preguntó puntualmente por diferentes aspectos de índole personal y social, así

como referentes al estado de salud (fols. 20-21, c.1). Frente a este último aspecto, particularmente, se le preguntó si para ese momento de la solicitud del seguro padecía o había padecido alguna de las enfermedades, circunstancias o eventos que se le iba a poner de presente, con la oportunidad de que dijera sí o no, y especificara cuál enfermedad, evento o antecedente, la fecha de aparición, ocurrencia o práctica, el tratamiento, la evolución y estado actual.

Para lo que importa a este asunto, es menester verificar que, en el cuestionario dirigido, a Juan Fernando Mayo Misas, se le preguntó por enfermedades específicas -frente a las cuales respondió en forma negativa- y, además, expresamente se le indagó si había padecido "*Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior*" y si "*¿Había sido operado u Hospitalizado?*", a lo que aquel contestó: "NO", con lo cual faltó a la verdad, en contravía del principio de la ubérrima buena fe que rige el contrato de seguro, conforme se pasa a exponer.

3.3. Al respecto, en armonía con la objeción inicial (fol. 34, c.1) presentada por la aseguradora frente a la reclamación del seguro hecha por el aquí demandante Luis Fernando Mayo Yepes -en la condición de único beneficiario del contrato de seguro-, la Sala advierte que en el expediente obra prueba de la historia clínica de Juan Fernando Mayo Misas, que da cuenta acerca de que, en lo que tiene que ver con las preguntas ya referidas, este faltó a la verdad, en tanto que allí se advierte que el 23 de septiembre de 2006, Juan Fernando ingresó a la Clínica El Rosario de Medellín, con heridas causadas por arma de fuego, "*la primera en flanco derecho, al parecer no penetrante y la segunda en muslo izquierdo con fractura diáfisis fémur conminuta en 1/3 proximal confirmada radiológicamente*" (fol. 17, c.1). En esa misma historia clínica, se aprecia que dos años antes de ese evento, el asegurado también había sido intervenido quirúrgicamente por fractura de fémur ocasionada en accidente de tránsito.

Lo anterior permite concluir, sin dificultad, que el tomador y asegurado Juan Fernando Mayo Misas fue reticente en la declaración de asegurabilidad al momento de contestar las preguntas dirigidas a declarar si había padecido alguna lesión, intervención quirúrgica o incapacidad.

3.4. Ahora, acreditada la reticencia, cabe reiterar que esta, como causa de la nulidad relativa del seguro, tiene lugar cuando, de haberla conocido el asegurador, lo "*hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas*". Este aspecto, hace alusión a la relevancia o trascendencia de la información omitida respecto del riesgo que, como se advirtió, también se encuentra acreditada en este asunto. Sobre esta trascendencia o relevancia de la información de cara al riesgo, cuando se trata de cuestionario dirigido por la aseguradora, la Corte Suprema de Justicia -Sala Civil- ha expuesto que "*la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro*"<sup>5</sup>.

Así, pese a lo expuesto por la jurisprudencia nacional -en el sentido de que si la aseguradora hace una pregunta en el cuestionario es porque la considera relevante de cara al riesgo-, lo cierto es que la aseguradora demandada, mediante otros medios probatorios acreditó la relevancia de la información respecto de la cual el asegurado fue reticente, de cara a la contratación del seguro. En ese sentido, véase que el deponente Juan Carlos Aponte Velásquez -Director del Área de indemnizaciones de Seguros de Vida en Allianz- advirtió que si Juan Fernando Mayo Misas, hubiera sido sincero y declarado las lesiones que sufrió con anterioridad a la contratación del seguro, tal situación habría conllevado a la aseguradora a determinar o evaluar si el seguro era procedente en las mismas condiciones, o en unas condiciones más onerosas, o si la solicitud debía ser rechazada por la no pertinencia del seguro (CD 2, audio 1, min: 4 y s.s.). Efectivamente, el deponente, quien conoció del asunto y es idóneo sobre la materia, refirió que, si la aseguradora se hubiera enterado de que el tomador y futuro asegurado había padecido lesiones causadas por arma

---

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, sentencia de 01 de septiembre de 2010, Rdo. 05001310300120030040001. MP. Edgardo Villamil Portilla.

de fuego, inmediatamente habría encendido las alarmas para hacer un análisis tanto desde el punto de vista técnico y médico (min: 30 y s.s.), ya que habría que indagar las circunstancias que dieron lugar a la herida con arma de fuego, por lo que se hubiese hecho *"una indagación de riesgo moral y del entorno en que se dieron las circunstancias"*.

Más adelante, el testigo Juan Carlos Aponte, al ser cuestionado sobre las implicaciones que traería el antecedente de reconstrucción de fémur que padeció el asegurado debido a un accidente de tránsito, de cara a la contratación del seguro, expuso que *"indudablemente cuando hacemos la validación de la herida sufrida en septiembre de 2006 se encuentra dentro de la historia clínica, no reflejada en la objeción, unos antecedentes de una lesión en fémur izquierdo con tratamiento quirúrgico, con material de osteosíntesis que indudablemente elevan el estado de riesgo de la persona. Una persona con fractura recurrente es una persona expuesta mucho más a sufrir cualquier tipo de lesión y a sufrir cualquier tipo de afectación con el miembro afectado"*, a lo que agregó, que, de cara al caso puntual, hay dos situaciones que analizar, así: *"Las fracturas de fémur, por sí solo puede desencadenar patologías que conllevan a complicaciones de tipo vascular, de tipo medular, entonces hay que hacer una validación del riesgo desde el punto de vista médico. Desde el punto de vista técnico, herida por arma de fuego, habría que haber entrado a validar las circunstancias en que se dio esa herida, si fue un tema imprevisto, un tema accidental, o si en efecto hay circunstancias adicionales de la misma persona del entorno de la persona que hacen que ese sea un riesgo agravado"* (min: 33 y s.s.).

En ese orden, el declarante explicó que cualquier respuesta afirmativa que el futuro asegurado diera respecto a la declaración de asegurabilidad relacionada con el tema médico de la persona, genera inmediatamente un proceso de validación de datos que corresponden al área médica y al área técnica de la aseguradora, por lo que se habría hecho una indagación sobre las circunstancias relacionadas con el tipo de lesión que presentó Juan Fernando Mayo Misas, lo cual apenas se hizo al momento en que el beneficiario elevó la reclamación ante la aseguradora, ya que a esta le llamó la atención que el reclamo se haya hecho apenas a los 44 días de la suscripción del seguro, pues este se celebró el 28 de octubre de 2015 y el joven Juan Fernando Mayo Misas

fue asesinado el 11 de diciembre de 2015 (min: 5 y s.s.). Fue en este primer momento que se detectó las lesiones en el fémur que el declarante había omitido. Luego, ante la solicitud de reconsideración que hizo el demandante Luis Fernando Mayo Yepes, la aseguradora, a partir de la lesión causada por arma de fuego, inició una investigación de antecedentes judiciales del asegurado y concluyó que se trataba de un riesgo agravado, en tanto se trataba de una persona muy joven, con antecedentes de impactos de bala, con anotaciones relevantes en fiscalía, relacionadas con los delitos de falsedad en documentos, lesiones personales y hurto agravado, en el cual hubo un fallo condenatorio; riesgo moral que el asegurado tenía, previo al contrato de seguro, el cual no es objeto de aseguramiento en las políticas de Allianz Seguros de Vida. Adicional a ello, el declarante agregó que es de tanta relevancia la información omitida en este evento, ya que analizadas las circunstancias en que el asegurado falleció, se tiene *"que él fue baleado, fue asesinado en el barrio Campo Valdez (...) bajo unas circunstancias totalmente desconocidas"* (min: 27 y s.s.), homicidio ocurrido el 11 de diciembre de 2015, que a la fecha de la demanda era objeto de investigación por la Fiscalía 13 de Medellín (fol. 32, c.1).

El testigo señaló que en esas circunstancias, si Juan Fernando Mayo hubiera dado respuesta de manera sincera a las preguntas de las lesiones y las hubiese especificado, tanto el departamento médico de la compañía aseguradora, como el departamento técnico de validación de antecedentes judiciales, hubieran hecho un rastreo general de la persona para determinar si era susceptible de ser asegurado o no, a lo que resaltó que *"seguramente en ese momento hubiésemos encontrado los elementos que pusimos de manifiesto en la reconsideración e indudablemente la compañía hubiera declinado el otorgamiento del seguro"* (min: 20 y s.s.).

3.5. De esta manera, véase que la declaración del testigo Juan Carlos Aponte -la cual es analizada conforme a las circunstancias del caso en concreto, -sin que la tacha de sospecha en que insiste el demandante le reste valor-, en consonancia con las demás pruebas documentales obrantes en el proceso, permite advertir, de manera lógica, que la entidad Allianz Seguros de Vida, en caso de haber conocido en la etapa precontractual la información ocultada, tergiversada o falseada, se habría *"retraído de celebrar el contrato, o inducido*



*a estipular condiciones más onerosas*", pues ello quedó suficientemente acreditado. En efecto, si en la declaración de asegurabilidad el potencial tomador y futuro asegurado, en atención al compromiso de veracidad que le fue puesto de presente en ese momento conforme con el artículo 1058 del Código de Comercio, hubiese advertido que sí había padecido unas lesiones, algunas debido a impactos de bala -ya que la opción le permitía especificar en qué había consistido la lesión-, la aseguradora se hubiera tomado la tarea de indagar e investigar en ese momento por las circunstancias en que esos hechos acaecieron y, en tal situación, a lo mejor también habría conocido en etapa previa al contrato, los antecedentes penales de Juan Fernando Mayo Misas, los cuales fueron acreditados en el proceso, debido a la prueba decretada por el juzgado (fols. 135-136, c.1), sin que sea cierto que la prueba fue aportada en contravía de lo dispuesto en el artículo 203 del Código General del Proceso, pues si bien la misma fue allegada en el interrogatorio por la parte demandante, lo cierto es que obedecía a la prueba decretada por el juzgado, en tanto se refiere al oficio expedido por este.

4. Por lo expuesto, en consonancia con lo considerado por el juez *a quo*, el Tribunal encuentra que hubo una distorsión trascendente de carácter informativo que impidió a Allianz Seguros de Vida S.A. hacer una evaluación integral de las circunstancias influyentes en relación con el riesgo. De forma que, la reticencia acreditada en el proceso, bajo circunstancias ya descritas, y de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, permiten confirmar la decisión que acogió la excepción denominada "*nulidad relativa del contrato de seguro*". Sobre todo, porque del material probatorio recaudado se desprende que, al momento de la declaración de asegurabilidad, la compañía de seguros no tenía motivo alguno que le generara desconfianza y le impusiera el deber profesional de auscultar el estado del riesgo, aún más porque hizo las preguntas que consideró relevantes, pero el asegurado fue quien faltó a la verdad y quebrantó el principio de la buena fe.

5. En tal orden, sin necesidad de ahondar en otros aspectos adicionales sobre el debate probatorio cuestionado en esta ocasión, el Tribunal advierte que la decisión de primera instancia debe ser confirmada. Se condenará en costas de esta instancia a la parte demandante. Como agencias en derecho, se fijará la suma de \$1'817.052<sup>00</sup>, equivalente a 2 SMLMV.

## DECISIÓN

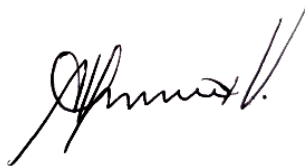
Por lo expuesto, la Sala Segunda de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, RESUELVE:

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia apelada proferida el 26 de julio de 2018 por el Juzgado 010 Civil del Circuito de Medellín.

SEGUNDO. Las COSTAS de esta instancia se imponen a la parte demandante y a favor de la parte demandada. Como agencias en derecho se fija un valor de \$1'817.052<sup>00</sup>, que equivale a 2 SMLMV.

## NOFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los magistrados,



MARTHA CECILIA LEMA VILLADA



RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ



LUIS ENRIQUE GIL MARÍN