



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA CIVIL DE DECISION
MAG. SUSTANCIADOR DR. FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES

Santiago de Cali, primero (1º) de diciembre de dos mil veinte (2020)

APROBADO POR ACTA No. 077

Rad. No. 76001 – 31 – 03 – 017 – 2019 – 00025 - 01 (9502)

**REF: PROCESO VERBAL DE MARÍA RENTERÍA VENTÉ Y OTROS
FRENTE A SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

I.- ANTECEDENTES

A.- Las señoras MARÍA RENTERÍA VENTÉ, SANDRA PAOLA VALENCIA MURILLO (actuando en nombre propio y en representación del menor DUVÁN FELIPE VALENCIA VALENCIA), SANDRA PAOLA VALENCIA RENTERÍA, KELLY JOHANNA VALENCIA VALENCIA, ANA CILENA RAMOS RENTERÍA y ÁNGELA INÉS ANGULO VENCE (actuando en nombre propio y en representación de los menores de edad JEILYN MARLOVY y JIHANNA VALENCIA ANGULO) formularon demanda verbal de responsabilidad civil contra SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con el fin de obtener el pago de las siguientes pólizas:

- No. 081003816150 del 17 de junio de 2016 por valor de \$ 597.000.000, para dividir en partes iguales entre KELLY JOHANNA y DUVAN FELIPE VALENCIA VALENCIA, JEILYN MARLOVY y JIHANNA VALENCIA ANGULO, SANDRA PAOLA VALENCIA RENTERÍA, ANA CILENA RAMOS RENTERÍA, MARÍA RENTERÍA VENTÉ y ÁNGELA INÉS ANGULO VENCE.

- BAN 024533478 de fecha 10 de septiembre de 2015 por valor de \$ 80.000.000 para distribuir así: KELLY JOHANNA y DUVAN FELIPE VALENCIA VALENCIA el 20% para cada uno; JEILYN MARLOVY y JIHANNA VALENCIA ANGULO, el 10% para el primero y el 20% para la segunda, ÁNGELA INÉS ANGULO VENCE el 20% y MARÍA RENTERÍA VENDE el 10%.
- BAN 024533547 de fecha 09 de septiembre de 2015 por valor de \$ 80.000.000 para distribuir así: KELLY JOHANNA y DUVAN FELIPE VALENCIA VALENCIA el 20% para cada uno; JEILYN MARLOVY y JIHANNA VALENCIA ANGULO, el 10% para el primero y el 20% para la segunda, ÁNGELA INÉS ANGULO VENCE el 20% y MARÍA RENTERÍA VENDE el 10%.
- BAN 024688021 de fecha 10 de septiembre de 2015 por valor de \$ 20.000.000 para distribuir así: KELLY JOHANNA y DUVAN FELIPE VALENCIA VALENCIA el 20% para cada uno; JEILYN MARLOVY y JIHANNA VALENCIA ANGULO, el 10% para el primero y el 20% para la segunda, ÁNGELA INÉS ANGULO VENCE el 20% y MARÍA RENTERÍA VENDE el 10%.
- BAN 024688022 de fecha 09 de septiembre de 2015 por valor de \$ 20.000.000 para distribuir así: KELLY JOHANNA y DUVAN FELIPE VALENCIA VALENCIA el 20% para cada uno; JEILYN MARLOVY y JIHANNA VALENCIA ANGULO, el 10% para el primero y el 20% para la segunda, ÁNGELA INÉS ANGULO VENCE el 20% y MARÍA RENTERÍA VENDE el 10%.

Valores que solicita sean indexados o actualizados desde el momento en que la obligación se hizo exigible hasta cuando el pago se haga efectivo, junto con los intereses por mora.

B.- Como hechos de la demanda se informa que entre SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA se perfeccionaron los contratos de seguro de vida documentados en las pólizas Nos. 081003816150 y BAN 024533478, 024533547, 024688021 y 02468802, cuyo propósito era amparar el riesgo de muerte del señor Valencia Rentería y estableciéndose como beneficiarias las personas respecto de quienes se pide el pago del valor asegurado en los porcentajes definidos por el asegurado y tomador.

Fallecido el tomador el día 1º de noviembre de 2016, por asfixia mecánica ocurrida en el Corregimiento de Pedregal, Distrito de Panamá, de la Provincia de Panamá, se comunicó a la aseguradora dicha situación el día 24 de marzo de 2017 y se solicitó el pago económico de los amparos de cada póliza.

El día 5 de mayo de 2017, la compañía demandada negó la solicitud aduciendo que hubo omisión por parte del asegurado *respecto de existir antecedente de Diabetes Mellitus, diagnosticada desde noviembre de 2009.*

Con fecha 17 de octubre de 2018, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. cita a las señoras SANDRA PAOLA VALENCIA MURILLO, SANDRA PAOLA VALENCIA RENTERÍA, ANA CILENA RAMOS RENTERÍA y MARÍA RENTERÍA VENTE, a trámite de conciliación pre-judicial con el fin de declarar la nulidad relativa de los contratos de seguros, argumentando la misma causal de reproche ya mencionada.

El día 30 de octubre de 2018 las ahora demandantes citaron a conciliación prejudicial a la aseguradora, quien enterada de la convocatoria el día 14 de noviembre de 2018, solicitó el aplazamiento

de la diligencia, expidiéndose constancia de inasistencia de la compañía el 28 de noviembre de 2018.

Según se dice en la demanda, el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA jamás sufrió de las intemperancias de la diabetes, ya que las *notificaciones* obrantes en la historia clínica y que según la aseguradora datan del año 2009, obedecieron a un hecho sin transcendencia mayor, ya que el causante se sometió a un tratamiento alternativo *que le curó para siempre*; prueba de ello es que la prepagada del señor Valencia era Sura y en ella no existe reseña alguna de que después de este hecho el señor Jimmi hubiere consultado por diabetes.

Insisten en que al momento de tomar las pólizas de seguros, el causante no padecía de enfermedad alguna que pudiera afectar la viabilidad y reclamación de las pólizas, máxime cuando la causa de la muerte obedeció a hechos contrarios a muerte natural a consecuencia de una patología diagnosticada y persistente, además de que la Aseguradora tenía la autorización del tomador-asegurado para obtener copia de su historia clínica, sin que lo hiciera.

II.- CONTESTACIÓN DE LA DEMANDADA.

-SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. se opone a las pretensiones de la demanda y propone las excepciones de *NULIDAD RELATIVA DE LAS PÓLIZAS DE VIDA (...), NO DEBE EXISTIR UNA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA INEXACTITUD O RETICENCIA Y EL SINIESTRO OCASIONADO, INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS, IMPROCEDENCIA DEL ESTUDIO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN EL PROCESO DE LA REFERENCIA (Y MENOS AÚN LA*

EXTRACONTRACTUAL), INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN CABEZA DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. e IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DE INTERESES MORATORIOS.

Como sustento, señala que se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro de vida documentado en las diferentes pólizas relacionadas en la demanda, en virtud de la reticencia en que incurrió la parte asegurada, la cual vició el consentimiento de la aseguradora, para lo cual explica que el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA al momento de tomar el seguro obró en forma indebida al contestar negativamente las preguntas relacionadas con haber tenido o haber sido diagnosticado con alguna de las enfermedades o síntomas mencionados en la declaración de asegurabilidad.

En la historia clínica aportada al plenario, se evidencia que desde el año 2009 el señor Valencia Rentería había sido diagnosticado y había estado en tratamiento por diabetes mellitus y padecía de obesidad mórbida, lo cual era de su conocimiento para el 17 de junio de 2016, el 10 de septiembre de 2015 y el 9 de septiembre de 2015, por lo que debía declarar tales condiciones, más aún cuando el cuestionario de la Compañía le preguntó expresamente por esos dos diagnósticos de enfermedades o síntomas y él voluntariamente marcó que nunca se le habían diagnosticado ni tratado; además, declaró que su estado de salud era normal y que no había sufrido de diabetes, que no se encontraba bajo ningún tratamiento médico y que no consumía medicamentos de forma permanente.

Por lo tanto, el señor Valencia Rentería sí conocía su estado real de salud, el cual no informó a la aseguradora, al marcar las preguntas negativamente, haciéndola suscribir un contrato de cuyo estado real no tenía conocimiento y que de haberlo tenido no lo habría suscrito o lo habría hecho, pero en otras condiciones por el riesgo tan alto que padecía el asegurado; todo lo cual conlleva la nulidad relativa del contrato de seguro.

Agrega que conforme con la doctrina y la jurisprudencia, no se requiere una relación causal o directa entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado, con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa del contrato; en este caso, aunque la muerte del señor Valencia Rentería tiene relación con un suceso ajeno a las enfermedades no declaradas al momento de suscribir las pólizas, no significa que éste no haya incurrido en reticencia, figura que afecta la formación del contrato de seguro *per sé*, invalidándolo desde su misma raíz, lo cual también aplica aun cuando el asegurador no realice exámenes médicos al asegurado dada la obligación de las partes de actuar con buena fe.

Por otro lado, cuestiona la forma en que ha sido formulada la pretensión por la parte actora y señala que, además, la aseguradora no incumplió de forma alguna el contrato de seguros sino que fue la parte asegurada quien incumplió sus deberes de lealtad y generó un contrato de seguros viciado, de ahí que no se prueba el primer elemento para declarar la responsabilidad civil contractual en cabeza de la aseguradora y, por tanto, no hay obligación de la demandada de indemnizar a la parte actora, como también es improcedente el

reconocimiento de intereses moratorios ya que el contrato de seguro es nulo.

Como excepción subsidiaria, propuso la de *SUJECCIÓN ESTRICTA AL CONTRATO DE SEGUROS, CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, LÍMITE VALOR ASEGURADO, EXCLUSIONES DE AMPARO* y como generales las de *PRESCRIPCIÓN*, sobre la base del transcurso del tiempo determinado en el artículo 1081 del C. de Co.; *COBRO DE LO NO DEBIDO*, dado que no existe obligación pendiente de la aseguradora; y la *GENÉRICA O ECUMÉNICA*.

- **Traslado de las excepciones de mérito.**

La parte actora, descorre el traslado de las excepciones propuestas señalando que cualquier vacío o ambigüedad se circunscribe a la buena fe del causante y no puede ser alegada como reticencia toda vez que el tomador sólo se limitó a contestar la solicitud que le formulaba la asesora Lina María Echeverry Mondragón, quien diligenció de su puño y letra las pólizas con excepción de la firma del asegurado.

Cita la sentencia T-591 de 2017 de la Corte Constitucional donde esta Corporación fija las pautas para que se configure la nulidad relativa por reticencia del asegurado y por otro lado señala que ya se causó en contra de la demandada la prescripción ordinaria a la solicitud de declaratoria de reticencia como quiera que transcurrieron más de dos (2) años desde el conocimiento del siniestro que genera la responsabilidad contractual y por ello, la posibilidad legal de reclamar la nulidad relativa para la aseguradora, ya expiró.

Reitera que no tienen nada que ver las preexistencias alegadas con la causa de la muerte del señor Valencia Rentería, por lo que este hecho no afecta la legalidad del contrato y respecto de ello, cita la sentencia T-282/16, con fundamento en la cual también precisa que no hubo mala fe por parte del asegurado, quien suscribió una autorización para la verificación de datos y de historia clínica, que sólo se vino a verificar una vez se causó su muerte.

Agrega que las pretensiones son claras en establecer el pago como cumplimiento del contrato de seguro, por lo que la demandada deberá pagar la indemnización pactada a título de responsabilidad civil contractual derivada del contrato de seguros.

III.- FALLO DE PRIMERA INSTANCIA:

El juez de instancia declara probada la excepción de *nulidad relativa*, niega las pretensiones de la demanda y condena en costas a la parte actora, para lo cual empieza por decir que el tomador en el contrato de seguro está obligado a declarar sinceramente el estado del riesgo, ya sea mediante una declaración espontánea o dirigida a través del diligenciamiento del formulario que la aseguradora le facilita; la información inexacta o reticente implica mala fe de parte del tomador y se castiga con la nulidad relativa del contrato de seguro.

En el presente caso, señala que el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA, firmó la declaración de asegurabilidad, también el formulario *Sarlaft* y manifestó que sus ingresos provenían de una actividad lícita y no de una de alto riesgo, manifestó también que gozaba de buena salud y autorizó a la aseguradora para acceder a su historia clínica, aceptando

que la falta de veracidad o inexactitud de la información suministrada daría lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro, tratándose de una persona que sabía leer y escribir y era un hábil comerciante.

Así, encuentra que el señor Valencia Rentería al momento de tomar las pólizas, indicó no padecer de diabetes, enfermedad que según la historia clínica arrimada al plenario le había sido diagnosticada desde el año 2009 y que aquél conocía perfectamente, de ahí que omitió el deber de informar su real estado de salud, que no era bueno dado que padecía de diabetes, siendo ésta una circunstancia que hubiere retraído a la aseguradora de celebrar el contrato o que la hubiera llevado a celebrarlo con otras condiciones.

Del análisis de lo dicho por las demandantes en sus interrogatorios de parte establece que todas dan cuenta del diagnóstico de diabetes que presentaba el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA e incluso informaron que el mismo fue operado en el año 2015 de un *bypass*, mientras que los dichos del testigo Sergio Plinio Quiñones (empleado del causante) no son creíbles y contradicen la demás evidencia y la prueba documental recaudada en el plenario y aun cuando manifestó haber estado presente al momento de la suscripción de las pólizas, primero dijo que los formularios fueron llenados todos el mismo día y luego manifestó otra cosa.

Por su parte, la funcionaria de la aseguradora aportó prueba del diligenciamiento electrónico de las pólizas y se acreditó también que la compañía de seguros presentó demanda verbal contra los herederos del asegurado con el fin de obtener la declaratoria de nulidad relativa

de los contratos de seguro por su reticencia, la cual en la actualidad cursa la primera instancia en el Juzgado 16 Civil del Circuito.

Finaliza diciendo que no se configura la prescripción en contra de la aseguradora, quien convocó oportunamente a las beneficiarias a audiencia prejudicial de conciliación y el día 18 de febrero de 2019 formuló demanda de nulidad relativa en su contra.

IV.- REPAROS CONCRETOS:

-Considera que omitió el juez a-quo que no hay certeza de que el funcionario de la aseguradora haya inquirido en correcta forma al tomador por el cuestionario de asegurabilidad, dejando al descubierto que la compañía no actuó de manera diligente, honesta y con rectitud, para lo cual dice que el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA no omitió aquella información en forma dolosa (característica del actuar de mala fe) sino por un mal asesoramiento y diligenciamiento de quien le correspondía hacerlo, en este la asesora Lina María Echeverry Mondragón, resaltando que el señor Valencia Rentería era un hombre de poca escolaridad y formación *QUE LE PERMITIERA INFERIR EL ERROR QUE TERMINA SIENDO INDUCIDO.*

Agrega que frente a la obligación recíproca de actuar de buena fe, el juez se limita a encuadrar la conducta de la aseguradora, en que el deber de ésta se circunscribe a nombrar las patologías no asegurables en el cuestionario de asegurabilidad, pero se pregunta a continuación *¿cuántos de nosotros teniendo una formación profesional, lee detenidamente estos requerimientos contractuales, que por demás vienen contentivos en un formato con letra diminuta?,* desconociéndose

en este caso si la asesora le hizo este cuestionamiento al tomador y si le advirtió las implicaciones que se derivan de un ocultamiento.

-Precisa que para desvirtuar la conciencia o no de la declaración de asegurabilidad, solo obra en el plenario un documento que ampara dicha figura que, dice la contraparte, el señor JIMMI firmó en señal de conocer las preexistencias o riesgos no asegurados, así fue corroborado por el Representante legal de la compañía cuando se le interroga y se le pone de presente las pólizas que pertenecen a banca segura, y dice que falta una declaración de asegurabilidad para la póliza de seguro de vida individual que es la póliza de mayor cuantía y es la que se suscribe en el año 2016. Documento que posteriormente ingresó al expediente la testigo María Alejandra Zapara Pereira, pero que la suscrita desconoció al momento de surtirse el traslado en estrados.

En este sentido, refiere que los testigos de la aseguradora no estuvieron presentes al momento de la suscripción de las pólizas, como sí lo estuvo el testigo Sergio Plinio Quiñones, guardaespaldas del señor Jimmi, quien asegura que en ningún momento los vendedores indagaron sobre el estado de salud del tomador, si existían preexistencias, ni le explicaron que la negación fraudulenta de las mismas le acarrearían la nulidad de los contratos y la consecuencial ausencia de pago.

Según dice, para nadie es un secreto que es costumbre de los bancos o aseguradoras que al momento de firmar la documentación para obtener la póliza de seguro, extienden una cantidad de documentos, todos confusos y que el candidato a ser asegurado confía en lo que le ha expuesto el asesor y sin mirar dicha documentación *firma a diestra y*

siniestra cuando debía ser el vendedor más vehemente y reiterativo en advertir que queda expreso que no se sufre de ninguna enfermedad y que de descubrirse que sí la tiene, el seguro se declarará nulo.

Reitera que en este caso el asegurado no actuó de mala fe y por el contrario se demostró que la omisión en la información se debió a la negligencia y falta de cuidado de la entidad que *"en lugar de haberle preguntado y diligenciado todos los datos sobre dicho aspecto, simplemente se dedicó a agilizar el trámite de la gestión con la firma y huella de él, pero sin detenerse a requerir la información de asegurabilidad"*.

Detalla que el testimonio del señor Sergio Plinio fue honesto, responsivo, con conocimiento de causa, directo, pues estuvo presente en la firma de todas las pólizas compradas y es contundente en manifestar que al señor Valencia Rentería nunca se le preguntó si sufría de alguna enfermedad, de manera que aunque no se niega que el señor Valencia Rentería sufría de una enfermedad, lo que se discute es que no hubo reticencia *"puesto que él no respondió lo que nunca se le preguntó, y lo que respondió lo hizo de buena fe"*, y aunque aparece estampada la firma y huella del causante en el documento, la parte demandada no puede decir que le consta que al causante se le explicó su contenido y mejor aún, de que al no llenarse en debida forma, la póliza nacería muerta.

-Refiere que en su decisión, el juez a-quo dejó de lado la reiterada experiencia que tiene la aseguradora en el desarrollo y ejercicio continuo de su objeto social, ante la diferencia notoria del tomador, cuando estos actuantes no configuraban el espectro de sus negocios, además de ser un hombre inculto, iletrado (sólo estudió hasta quinto de

primaria), radicando así su fallo en la aseveración de un hecho reticente que no existió porque fue precisamente la aseguradora quien hizo incurrir de manera consciente y dolosa en error al tomador asegurado para ella sacar provecho de una negociación. (SC2803-2016).

En su concepto, la aseguradora no fue diligente toda vez que debió practicar los exámenes médicos al tomador ante el hecho notorio de su obesidad, pero no lo hizo, como así lo expuso la Sala de Casación Laboral en sentencia de tutela de segunda instancia STL7955-2018.

-Finaliza diciendo que el tomador sólo consultó una vez en el año 2009 por unos mareos que arrojaron un diagnóstico de *diabetes*, al parecer ocasionado por problemas alimenticios, que perjudicaban su páncreas y que incidía en su sobrepeso, pero no existe una prueba más de que el asegurado haya consultado por este diagnóstico, considerándose un hombre sano donde su salud no se veía afectada, tanto así que ni siquiera consultaba o se medicaba como lo informó su antigua compañera sentimental, lo cual demuestra que su desconocimiento médico de las implicaciones a su salud lo ubica en el plano de la buena fe, máxime cuando la causa de la muerte del señor Valencia Rentería no tuvo nada que ver con las preexistencias alegadas, dado que su deceso obedeció a hechos violentos, de modo que no se afecta la legalidad del contrato.

Considera que la prueba pericial arrimada al plenario corrobora su tesis según la cual para el señor Jimmi no existía tales complicaciones en su salud, él no tenía conciencia de ello, para el perito con la información suministrada no era posible establecer el grado de conocimiento de las enfermedades que padecía, lo que supone que en su intelecto o

conciencia, no existía la posibilidad de perpetuar dolo en su declaración, esto en el evento de haber sido informado al respecto; según dice, el diagnóstico de diabetes (tipo 2) puede desaparecer si se eliminan las causas que dan origen a ella, como son los trastornos alimenticios, y por eso insistió en el debate que a raíz de la cirugía bariátrica podía desaparecer la diabetes, tal como lo corrobora la prueba sobreviniente consistente en la certificación suscrita por el cirujano Juan Guillermo Villegas que practicó dicho procedimiento quirúrgico, la cual fue descalificada por el juez a-quo a pesar de que la parte contraria guardó silencio sobre ella cuando se le dio traslado.

V.- SUSTENTACIÓN Y FALLO.

En aplicación de lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 806 de 2020, se corrió traslado a la parte apelante para que sustentara por escrito su recurso de apelación, lo cual hizo en similares términos a los expuestos al momento de formular los reparos concretos contra la decisión de primera instancia.

- **Réplica.**

La parte demandada empieza por decir que la parte actora confunde preexistencia con reticencia, toda vez que la preexistencia parte de que la Aseguradora conoce el estado del riesgo porque el tomador lo ha informado, mientras que la reticencia justamente corresponde a la omisión sobre el estado del riesgo que implica que la Compañía otorga su consentimiento para celebrar el contrato de seguro estando viciado por la falta al deber de sinceridad.

Agrega que lo que sanciona el legislador es la omisión y por ello es irrelevante si el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA omitió información sobre su salud de forma intencional o si simplemente no tenía ese móvil, lo que interesa es que se demostró que él conocía sobre su diabetes mellitus y su obesidad mórbida antes de tomar las pólizas de Seguros de Vida Suramericana S.A. en septiembre de 2015, y no informó sobre las mismas a la Aseguradora, de ahí que el contrato de seguro es nulo relativamente.

En su concepto, no es necesario que exista nexo de causalidad entre la información ocultada y la muerte del tomador-asegurado toda vez que el artículo 1058 del C. de Co. no contempla, como presupuesto de la nulidad, que exista la relación aquí mencionada, tal como lo consideró la Corte Constitucional en la sentencia C-232 de 1997 al momento de analizar la exequibilidad de dicha disposición normativa.

De este modo, agrega, en este proceso se probó que, en la celebración del Contrato de Seguro de Vida, hubo reticencia en la declaración de asegurabilidad por parte de JIMMI VALENCIA RENTERÍA, la cual tuvo un impacto directo en el consentimiento que otorgó Seguros de Vida Suramericana S.A. Que la muerte del señor Valencia Rentería no tenga relación con las enfermedades no declaradas al momento en que este suscribió las pólizas de seguro, no significa que él no incurrió en reticencia.

Por consiguiente, las pólizas de Vida No. 081003816150, BAN024533478, BAN024533547, BAN024688021 y BAN024688022 son nulas, pues el consentimiento dado por la Aseguradora fue viciado por el error.

El hecho de que la Aseguradora utilice formularios, cuestionarios de la declaración de asegurabilidad y contratos preestablecidos, no releva al tomador para que informe de forma sincera el estado del riesgo; es ilógico imponer a una Aseguradora el deber de hacer exámenes médicos a sus innumerables tomadores pues *¿quién más que el que padece de una condición de salud, que ha estado sometido a tratamiento, que ha tomado medicamentos, que le ha hecho un seguimiento médico, que ha sido informado por sus médicos, puede informar sobre dicha circunstancia?*

Como lo dijo el mismo testigo de la parte demandante, Sergio Plinio Quiñones, el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA sabía leer y escribir y en cada una de las declaraciones de asegurabilidad a él se le preguntó si padecía de *diabetes mellitus* u *obesidad*, si estaba en tratamiento médico o si tomaba medicamentos de forma permanente. En cinco oportunidades, a pesar de saber leer y escribir, JIMMI VALENCIA RENTERÍA respondió de forma negativa y con su firma dio la confirmación sobre la información que estaba plasmando sobre el estado del riesgo que quería que Seguros de Vida Suramericana S.A. le asegurara.

En ese sentido, por más que el contrato lo redacte la compañía, las declaraciones de asegurabilidad siempre son firmadas por el asegurado y si el señor Valencia Rentería hubiera informado sobre la *obesidad* y *diabetes mellitus*, los cuatro contratos de banca seguros no se hubieran celebrado y el único contrato de vida individual habría pasado al área de evaluación médica para que definieran si la patología era o no asegurable.

Continúa diciendo que no existe prueba alguna sobre un mal asesoramiento de parte de Lina María Echeverry Mondragón, más si hay cinco documentos que dan cuenta de que el asegurado no informó sobre sus patologías, pues cada documento cuenta con su firma de su propio puño y letra, siendo irrelevantes los motivos que tuvo para ocultar sus padecimientos, pues como se explicó no interesa si él omitió información de forma dolosa o culposa, el punto es que no dio información completa, sobre la cual específicamente se le preguntó, y con ello indujo en error a la Compañía de seguros, quien creyó contratar con una persona sana cuando no lo era así.

Refiere que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1158 del C. de Co. no hay una obligación referente a que la Aseguradora deba practicar exámenes médicos a todos sus futuros asegurados, pues son éstos quienes mejor conocen el riesgo, por lo tanto, su deber de información debe provenir o bien del cuestionario que le formulen o también de manera espontánea.

Señala a continuación que tanto la ley, como la doctrina y la jurisprudencia han dado por sentado que no se requiere una relación causal o directa entre los factores que constituyen la reticencia con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa del contrato.

Según el artículo 1058 del C. de Co. no interesa cuál fue la causa del siniestro, sino que lo que sanciona el ordenamiento jurídico colombiano es la omisión al momento de declarar el estado del riesgo, es decir, cuando se toma la póliza. Por esa sola reticencia se debe declarar la nulidad relativa del contrato de seguro con independencia de la causa

del siniestro, para lo cual explica que la sentencia citada por la parte apelante es una sentencia de tutela que no puede estar por encima de la sentencia de constitucionalidad en la que la misma Corte señaló que la nulidad relativa “*es una figura razonable que no desborda las facultades del legislador, no constituye agravio al derecho fundamental a la igualdad y no tiene por qué depender de una relación **de causalidad entre lo inexacto u omitido y el siniestro efectivamente causado**. En consecuencia, tampoco viola la Constitución.*”. (C-232/97).

Refiriéndose a la prueba pericial considera que la misma evidencia que el señor Valencia Rentería sí conocía las enfermedades que lo aquejaban ya que el mismo refería la diabetes y la obesidad como antecedente personal, lo que permite inferir que él conocía sobre esos padecimientos desde su diagnóstico (2008-2009). Además, estuvo en tratamiento y tomando medicamentos que sirven para tratar esas patologías. De igual modo, la esposa del señor Jimmi también conocía sobre sus padecimientos, señalando que la insulina se administra inyectada y su uso se limita casi de manera exclusiva a quienes padecen diabetes, por ello es poco probable que no haya interrogado sobre el porqué del uso de ese medicamento, para lo cual resalta que en 2008 es la primera anotación sobre su obesidad y en diciembre de 2015 es cuando se opera por bypass gástrico, y frente a la diabetes, no sólo indicó el perito que su cura es un tema “controversial”, sino que su primera anotación es en 2009 y en septiembre de 2015 hay una anotación de la historia clínica que indica que él está consumiendo *metformina* para el tratamiento de la *diabetes mellitus*.

Por último, frente a la prueba sobreviniente, señala que la misma no fue aportada dentro de las oportunidades probatorias que contempla la

ley y, en todo caso, los documentos suscritos por el Dr. Juan Guillermo Villegas certifican que el 14 de diciembre de 2015 JIMMI VALENCIA RENTERÍA padecía *obesidad II* y *diabetes II*. Menciona una mejoría de la diabetes más no una “cura” de ésta. Y en todo caso como se indicó, lo que se le preguntó al asegurado fue si había padecido esa enfermedad o si la seguía padeciendo, debiendo en cualquier caso contestar positivamente, lo que no sucedió.

La historia clínica que es anexo de esa certificación -dice- también da cuenta de que para el 18 de septiembre de 2015 (menos de 10 días después de tomar las cuatro pólizas de bancaseguros) el asegurado menciona como antecedentes "*diabetes hace 9 años controlada con biguax y glucon y vitosa*" y la enfermedad actual se describió así: "*valorado por Dr. Nessim por diabetes y obesidad. Presenta obesidad hace mas de 10 años... luego empezó la diabetes 2009*", lo que confirma que el señor Jimmi sabía que padecía *obesidad II* y *diabetes II*.

Concluye entonces que dentro del presente proceso existe prueba suficiente de que el señor Jimmi Valencia Rentería padecía de *Diabetes Mellitus* y *Obesidad Mórbida* desde mucho antes de tomar las pólizas en septiembre de 2015, para lo cual se refiere a la historia clínica del Centro Médico Imbanaco y de la Fundación Valle del Lili, a los interrogatorios practicados a las demandantes y a la prueba pericial en la que se evidencia no sólo la fecha de los diagnósticos, sino que el tomador fue tratado por los mismos. Así, frente a la obesidad se le sugirieron cambios en el estilo de vida y gastrectomía vertical. Frente a la diabetes, se le ordenaba *metformina*, *insulina NPH*, *insulina regular*, *vildagliptina* y *glimepirida* (todos esos medicamentos sólo son para tratar la diabetes). Del conocimiento de su enfermedad también da cuenta la

solicitud del 10 de agosto de 2010 en la que el mismo tomador autorizó a su hermano para que accediera a su historia clínica *"como paciente diabético"*.

Finaliza diciendo que el asegurado sabía leer y escribir y era un comerciante, por lo que necesariamente era una persona del mundo de los negocios, entre los cuales él mismo solicitó los seguros de vida.

Solicita se confirme la sentencia de primera instancia.

VI.- CONSIDERACIONES DE LA SALA.

A. PRESUPUESTOS PROCESALES Y LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA.

Sea lo primero decir que la presencia de los presupuestos procesales es incuestionable, toda vez que la jurisdicción y la competencia concurren a cabalidad, a la par que a las partes les asisten la capacidad para ser parte, así como la de comparecer al litigio. De igual forma la demanda principal, como las actuaciones de ella derivadas, reúnen los requisitos formales, y no existe causal de nulidad que invalide lo actuado.

De igual modo, existe la legitimación en la causa tanto por activa como por pasiva, teniendo en cuenta que los demandantes son quienes pretenden, en su calidad de beneficiarios, el pago de los seguros de vida contenidos en las pólizas arrimadas al plenario, mientras que la demandada es la compañía de seguros que se encargó de su expedición.

B.- PROBLEMAS JURÍDICOS.

En atención a lo decidido por la juez a-quo y a los argumentos debidamente sustentados de la apelación, corresponde a este Despacho dar respuesta a los siguientes problemas jurídicos:

i).- No existiendo a estas alturas discusión sobre los padecimientos que aquejaban al asegurado JIMMI VALENCIA RENTERÍA, esto es, obesidad y diabetes ¿efectivamente incurrió el asegurado en la reticencia que invoca la compañía de seguros?

¿Sabiendo que es la ubérrima buena fe el principio que orienta la fase pre-contractual del contrato de seguros, es ella predicable tan sólo respecto de la declaración del tomador sobre su estado de salud?

¿Qué se espera en este aspecto de parte de la compañía de seguros?

ii).- ¿Se puede predicar por parte de la aseguradora en este caso, un actuar diligente y conforme con su grado de profesionalidad en el ramo de los seguros?

¿Debía la compañía de seguros indagar más a profundidad sobre el estado de salud del señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA antes de proceder a la suscripción de los contratos de seguro?

iii).- ¿Prospera alguna de las excepciones propuestas por la parte demandada? ¿Procede o no el pago de las pólizas de seguro reclamadas por la parte actora junto con los intereses moratorios que contempla la ley mercantil?

C.- RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS.

c.1.- Del contrato de seguro de vida, de la nulidad relativa por reticencia y de la buena fe predicable de las partes contratantes.

El contrato de seguro ha sido concebido por la jurisprudencia nacional como aquél *"...por virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina 'prima', dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al 'asegurado' los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de 'daños' o de 'indemnización efectiva', o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro' (...)"*. (CSJ SC 19 dic. 2008, rad. 2000-00075-01).

El seguro, entonces, *"...constituye una figura jurídica desarrollada en el campo de la voluntad privada, que según el artículo 1036 del Estatuto Mercantil, se caracteriza por ser «un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva»*.

En dicha convención intervienen el tomador, el asegurador, el asegurado y el beneficiario; los dos primeros, en su condición de partes, pues son quienes intercambian las expresiones de voluntad generadoras del negocio jurídico y asumen las obligaciones derivadas de él¹; mientras los otros se muestran como interesados en los efectos económicos de dicho pacto.

No obstante, puede ocurrir que las condiciones de tomador y asegurado confluyan en una misma persona, caso en el cual ésta será quien consienta en el negocio y quien, además, sea titular del interés asegurable..."².

¹ Artículo 1037 del C. de Comercio.

² CSJ. SC5327-2018 de 13 de diciembre.

De conformidad con lo previsto en 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.

Sobre el particular, explicó la Corte Suprema de Justicia en la sentencia que venimos citando que *"...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...".

No admite discusión que es el tomador o el asegurado quien, 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; no obstante, paralelo a ese deber, ha dicho también la jurisprudencia, que en la aseguradora ***"...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...”, de ahí que **“...en el marco de un deber concurrente y correlativo le corresponde inicialmente efectuar una indagación pertinente, en orden a procurar una sincera declaración sobre el estado del riesgo...”**. (Resalta la Sala).

Este criterio fue expuesto en sentencia del 2 de agosto de 2001, en la que la Corte Suprema de Justicia *in extenso* explicó³:

“...en la legislación colombiana, *per se*, no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la *intentio* del asegurador, generando los letales efectos que fluyen de la nulidad relativa, no empee que la descrita es regla generalísima, conforme se ha expresado. 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, irremediabilmente, abrirse paso la anulación en comento, **dado que en punto tocante con vicisitudes advertidas -o advertibles- por la entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo asegurativo, por vía de ilustración, el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción *ex lege* asignada a las prenotadas reticencia o inexactitud: la nulidad relativa.** Y lo hizo, ciertamente, acatando atendibles razones, no exentas de granada lógica. (Resalta la Sala).

En efecto: la *ratio* de la anunciada supresión sancionatoria, de suyo excepcional, hunde sus raíces en el hecho inconcuso de sustraer la mencionada secuela cuando el asegurador, previamente a la celebración del contrato, ha conocido –o debido conocer- la existencia de la reticencia o de la inexactitud, bien por intermedio del tomador *in potentia*, bien a través de las indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas por el empresario del riesgo, en forma voluntaria (*ex voluntate*) o facultativa, apoyado en expertos.

En cualquiera de los citados supuestos, el asegurador, con anterioridad, tuvo ocasión de ponderar y sopesar el haz informativo reinante, de suerte que si en su condición indiscutida de profesional -con todo lo que ello implica- asintió en forma libre, amén de reflexiva y, por contera, aceptó celebrar el negocio jurídico asegurativo, es porque entendió que no existía un obstáculo insalvable o ninguna dificultad mayúscula llamada a opacar su *voluntas* o, que de haberla, sólo en gracia de discusión, asumía conscientemente las consecuencias

³ Exp. 6146. M. P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

dimanantes de su decisión, lo que no riñe con un eventual establecimiento de puntuales medidas y cautelas por parte suya.

Y si ello es así, cómo acudir entonces al instituto de la nulidad del seguro pretextando el advenimiento de una anomalía negocial, cuando fue el propio asegurador, quien *a posteriori* de conocer (real o presuntivamente) el vicio -en sentido lato-, concurrió espontáneamente a emitir su declaración de voluntad, por lo demás favorable al otorgamiento del amparo o cobertura respectiva.

Expresado de otra manera, la compañía aseguradora, bien por acción, bien por omisión, estaría removiendo cualquier vicisitud con potencialidad de nublar su asentimiento, de tal suerte que la protección brindada por la ley mercantil mediante la entronización y disciplina -especialísima y *sui generis*- de los vicios de la voluntad, *ab initio*, perdería su razón de ser, por lo menos en las descritas circunstancias, habida cuenta que, en estrictez, no podría enrostrarse la consolidación de un engaño, o la alteración de la realidad factual. Como bien argumentó la Sala en su momento, "...si la aseguradora ha conocido la realidad y acepta asumir el riesgo, no ha sufrido engaño" (Sentencia del 18 de octubre de 1.995).

Así las cosas, si en función de la peculiar mecánica inherente a la formación del consentimiento en el contrato de seguro, connatural a determinados negocios de confianza, el legislador lo que persigue es evitar que la aseguradora sea sorprendida, engañada o timada por su cocontratante, o que aún siéndolo, según sea el caso, éste obtenga un beneficio ilícito de ello, es más que consecuente entender que el conocimiento previo radicado en cabeza del virtual afectado, purifica la relación negocial y purga, *in radice*, la sanción legal en cuestión, consistente en la nulidad relativa derivada de la reticencia o inexactitud en la que materialmente incurrió el candidato a tomador, dado que tuvo a su alcance la información adecuada e indicativa para escrutar su querer, por manera que si contrató, debe suponerse que lo hizo en condiciones de razonable equilibrio informático. Situación diferente, aun cuando no en sus efectos -que son simétricos-, es que no lo haya hecho, pudiéndolo efectivamente hacerlo, como de inmediato se acotará.

5. Por su relevancia funcional, a la vez que por su íntima conexidad con el *sub lite*, cumple relieves que **el conocimiento del asegurador al que se ha aludido no sólo es el real -o efectivo-, esto es el directo y consciente, como a primera vista pudiera parecer, sino también el presunto, vale decir el que emerge, *ministerio legis*, como corolario de la falta de diligencia radicada en cabeza de un profesional en el riesgo, predicable de ciertos y determinados hechos que, por su connotación, podían haber servido para elucidar las circunstancias fidedignas que signaban al riesgo, en su estado primigenio, según se pinceló.** Por ello es por lo que el prealudido inciso, en lo pertinente, dispone que la nulidad no tendrá lugar "...si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la

declaración....", tal y como acontece, *lato sensu*, en tratándose de otras figuras prototípicas del seguro, por vía de ejemplo con la agravación del estado del riesgo (art. 1.060 del C. de Co.), o con la "prescripción de las acciones que derivan del contrato" objeto de examen (art. 1.081 C. de Co.), en las que tampoco se torna extraño el apellidado conocimiento presunto, en prueba fehaciente de su cabida y aceptación explícita en la legislación nacional. (Resalta la Sala).

Y es que resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, en tal virtud "debidamente autorizada" por la ley para asumir riesgos (art. 1.037. C. de Co), soslaya información a su alcance racional, de suyo conducente a revelar pormenores alusivos al estado del riesgo; **o renuncia a efectuar valoraciones que, intrínsecamente, sin traducirse en pesado -u oneroso- lastre, lucen aconsejables para los efectos de ponderar el riesgo que se pretende asegurar, una vez es enterado de posibles anomalías, o en fin deja de auscultar, pudiendo hacerlo, dicientes efectos que reflejan un específico cuadro o estado del arte (existencia de ilustrativas señales), no puede clamar, *ex post*, que se decrete la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente, presto a ser informado, es cierto, pero igualmente a informarse, dimensión ésta también cobijada por la diligencia profesional**, rectamente entendida, sin duda de mayor espectro, tanto más si "El tomador no es un especialista en la técnica del seguro" y, por tanto, "Su obligación no puede llegar hasta la extrema sutileza que apenas si podrá ser captada por el agudo criterio del asegurador", como se resaltó en la Exposición de Motivos del Proyecto de Código de Comercio, criterio éste materia de aval por parte de la doctrina comparada, la que confirma que "El asegurador renuncia o pierde el derecho de alegar la reticencia o falsa declaración.... "....d) cuando...debía conocer el verdadero estado del riesgo (en razón de su profesión, o por la naturaleza del bien sobre el que recae el interés asegurable, etc." (4). (Negrillas de la Sala).

Como se tiene claramente establecido, no es suficiente que se aduzca la mera gestación de estado de desconocimiento o de ignorancia fáctica acerca de unos específicos hechos, porque es menester que dicho estado o ignorancia se generen en forma legítima o se tornen excusables ('carga de diligencia'). "La buena fe –bien se ha afirmado– debe ser ignorancia, pero, también, ignorancia legítima, es decir, de tal naturaleza que no haya podido superarse con el empleo de una diligencia normal" (5), la que, en últimas, sirve para justificar la solicitud del asegurador relativa al *decretum* de tan severa sanción, puesto que "...la buena fe excluye la posibilidad de un actuar

⁴ Isaac Halperin. Seguros, Vol. I, Depalma, Buenos Aires, 1.983, p.p. 284 y 285.

⁵ Emilio Betti, Teoría general de las obligaciones, Editorial Revista de Derecho Privado, Vol. I, Madrid, 1969, p. 78. Cfme: Franz Wieacker. El principio general de la buena fe, Cívitas, Madrid, 1.982, p. 66 y Manuel De La Puente. La Fuerza de la buena fe, en Contratación Contemporánea. Bogotá. 2000. Pág. 276.

culposo", contrario a "...un actuar prudente, cuidadoso, diligente y previsor" (6).

Quiere decir lo anterior que si bien el asegurador es sujeto pasible de intensa y plausible protección de cara al fraude, a la deformación consciente de la realidad, o a la mera inexactitud patrocinados por determinados e inescrupulosos candidatos a tomadores que socavan el acrisolado postulado de la buena fe, aquel no puede asumir invariable e irrestrictamente, una actitud rayana en la pasividad, más propia de espectadores que de partícipes en una relación negocial, así sea en potencia, *a fortiori* cuando sobre él gravita, como acontece en general con todo extremo de un acuerdo volitivo, un correlativo deber de colaboración que, desde un ángulo más solidario –bien entendido-, se orienta a la satisfacción del interés de su cocontratante, lo que específicamente supone, según reconocida doctrina jusprivatista, una dinámica cooperación en beneficio ajeno, vívida explicitación de una de las múltiples aplicaciones del consabido postulado de conformidad con un criterio de reciprocidad, referido a la buena fe objetiva, continente de los –llamados- deberes instrumentales o secundarios alusivos al comportamiento interpartes, incluido el precontractual.

En torno a este puntual aspecto, es aconsejable memorar que la Sala, en pretérita ocasión, indicó que **la expresión "Ha debido conocer, que es término utilizado por el art. 1058, hace referencia a que el actuar de la aseguradora al momento de determinar el estado del riesgo, debe ser diligente**, o sea que no es de su arbitrio exigir del tomador una cualquiera prueba o declaración, descartando o guardando silencio sobre aspectos relevantes, y mucho menos dejando a su sola voluntad las manifestaciones o pruebas para la determinación del verdadero estado del riesgo, sino que, se repite, debe asumir un comportamiento condigno con su actividad, dado su profesionalismo en tal clase de contratación. En vía de principio general lo que la norma reclama es lealtad y buena fe, pues este es un postulado de doble vía en esta materia que se expresa en una información recíproca...." (Sentencia del 19 de abril de 1.999, exp. 4923) (El subrayado y las negrillas no pertenecen al texto).

Otro tanto hizo en anterior oportunidad esta Corporación, al reseñar que, "...si por la naturaleza del riesgo solicitado para que sea asegurado y por la información conocida y dada por el tomador, **la compañía aseguradora, de acuerdo con su experiencia e iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, mas sin embargo no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido**" (Sentencia del 18 de octubre de 1.995) (Idem)..."

⁶ Jorge Mosset Iturraspe, Justicia contractual, Ediar, Buenos Aires, 1.977, p. 150. Cfme: Vincenzo Roppo. Il Contratto. Giuffré. Milán. 2001. Pág. 178.

c.2.- Conclusiones a partir de la prueba.

c.2.1.- En el presente caso, no hay controversia en cuanto a que los días 9 y 10 de septiembre de 2015, el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA tomó las pólizas de banca seguro Nos. 24533478, 24533547, 24688021 y 24688022; las dos primeras con un valor asegurado de \$ 80.000.000 cada una y las dos últimas por \$ 20.000.000, cada una, designando en cada una de ellas a sus beneficiarios con el porcentaje correspondiente.

En cada uno de los formatos firmados por el tomador se lee la siguiente declaración de asegurabilidad:

**“DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (En mayúsculas y negrillas)
(Asegúrese de leer antes de firmar, pues no se asegura a quien se le
aplique algunas de estas condiciones) (En negrillas)**

Declaro que en la actualidad mi estado de salud es normal, que no sufro ni he sufrido: Presión alta, angina de pecho, infarto de miocardio, arritmias, insuficiencia cardiaca, valvulopatías, aneurismas, asma, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, tuberculosis, úlcera péptica, hemorragias intestinales o gástricas, enfermedades hepáticas o pancreáticas, enfermedades tiroideas, **obesidad, diabetes**, hiperlipidemia, insuficiencia renal, afecciones de próstata, hepatitis B, SIDA, HIV positivo, cáncer, leucemia, tumores malignos y/o enfermedades de la sangre, derrame cerebral, trombosis, esclerosis múltiple, epilepsia, hernia de columna, enfermedades mentales, artritis o lupus. Declaro que no he padecido limitaciones físicas o parálisis, pérdidas funcionales o anatómicas. Que no me encuentro bajo ningún tratamiento médico, no consumo medicamentos de manera permanente y no tengo programada ninguna hospitalización, tratamiento, intervención quirúrgica. No consumo drogas estimulantes (tipo marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, entre otras) y no he padecido o padezco alcoholismo o drogadicción. (Negrillas de la Sala).

(...)Declaro que Suramericana no asume responsabilidad alguna sino después de hacerse efectivo el primer pago de la prima. Igualmente acepto la nulidad relativa del contrato si existiese reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por Suramericana la hubieren retraído de celebrar el contrato, bien por expedición, rehabilitación o modificación, o inducido a estipular condiciones más onerosas...”.

Fue arrimada también con la demanda la póliza de seguro de vida individual No. 081003816150 con un valor asegurado en la cobertura “vida” de \$ 590.000.000 y con fecha de expedición el 17 de junio de 2016; se allegó también el documento firmado por el señor JIMMY VALENCIA RENTERÍA denominado “CONFIRMACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA CONFIRMACIÓN DE DATOS”, en el que el tomador garantizó que la información suministrada en la solicitud electrónica No. 3816150 y en el Formulario de Conocimiento del Cliente SARLAFT era cierta y que gozaba de buena salud, autorizando la consulta y suministro de su historia clínica por cualquier entidad consultada por él.

Finalmente, se manifestó en el documento que *“La falta de veracidad y exactitud en la información consignada en este documento, así como en la solicitud y en el formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, darán lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro, conforme a lo establecido en el contrato de seguro”*.

Respecto de esta póliza, se agregó en el transcurso del proceso (fls. 467 y s.s.) la impresión digital de la “SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL”, en la que quedaron consignadas las condiciones del contrato de seguro y la declaración de asegurabilidad en la que se asignó a cada padecimiento la casilla correspondiente:

“Si existiese reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por SURAMERICANA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado (en negrillas): Valvulopatías, triglicéridos altos (tratados con medicamentos), bronquitis crónica, SIDA o VIH positivo, pancreatitis, cirrosis, ceguera, enfermedades de la sangre, síndrome de Down, infarto del miocardio, derrames, cáncer, insuficiencia renal, enfermedad de la glándula tiroides, retardo mental,

sordera total o parcial, enfermedad coronaria, Asma, arritmias, isquemia o trombosis cerebral, leucemia, esclerosis múltiple, úlcera péptica, trastornos psiquiátricos, Parkinson, aneurisma, hipertensión arterial, epilepsia, artritis reumatoidea, colitis, parálisis, artrosis, transplantes, colesterol (tratado con medicamentos), Enfisema (EPOC), tumores malignos, **diabetes**, Hepatitis B o C, deformidades corporales, pérdida anatómica funcional y reemplazos articulares". (Resalta la Sala).

Se observa que ninguna de las casillas fue marcada y a la pregunta de si había tenido *"enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas, conmociones cerebrales por las que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento o control médico o tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentran en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad"*, se marcó en la casilla "NO".

En cuanto a los padecimientos que sufrió en vida el tomador de los seguros, a estas alturas tampoco hay controversia en cuanto a que al señor Valencia Rentería le había sido diagnosticada *diabetes* en el año 2009 y que esta condición no fue informada por el citado a la aseguradora aún a pesar de que en cada una de las declaraciones de asegurabilidad se le indagó específicamente por ella.

La historia clínica arrimada al plenario también señala que esta condición persistía para el 10 de septiembre de 2015 (fl. 385 vuelto), que el señor JIMMY VALENCIA RENTERÍA era consciente de ella, al punto que en un escrito del 5 de agosto de 2010 autorizó a su hermano *"como paciente diabético"* para que retirara su historia clínica y que en virtud de la obesidad que también presentaba el día 14 de diciembre de 2015 fue sometido a un *bypass gástrico*.

En defensa del actuar de su prohijado, la apoderada judicial de la parte actora se enfocó en decir que el señor Valencia Rentería no había ocultado la información en forma dolosa sino *"por un mal asesoramiento y diligenciamiento de quien le correspondía hacerlo, en este caso la señora LINA MARÍA ECHEVERRY MONDRAGÓN..."*.

Para probar su argumento, trajo la declaración del señor SERGIO PLINIO QUIÑONES, guardaespaldas del causante, quien dijo haber estado presente en el momento de la suscripción de todas las pólizas y no escuchó que en ningún momento se le preguntara a su empleador por su estado de salud, lo cual también manifestó la señora Sandra Paola Valencia, quien dijo haberlo acompañado en el año 2009.

Declaraciones éstas que no concuerdan con lo que quedó consignado en los diferentes formularios firmados por el señor Valencia Rentería en cada una de las pólizas contratadas, por lo que no son creíbles para esta Sala sus dichos, por cuanto no es entendible que una persona como el señor JIMMI, comerciante y hábil en el mundo de los negocios como los mismos declarantes lo dijeron, que sabía leer y escribir a pesar de su corta escolaridad, hubiera firmado sin leer todo lo que se le estaba poniendo de presente, máxime cuando ello representaba para él un gasto considerable si tenemos en cuenta que la prima anual del mero seguro de vida individual era de \$ 8.545.586.00.

Digamos entonces que sí hubo un ocultamiento por parte del señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA sobre su real estado de salud, al no haber informado de la diabetes que le había sido diagnosticada años atrás la cual, contrario a lo dicho en el transcurso del proceso, persistía aun para el año 2015 según anotación en la historia clínica del especialista

en medicina interna, todo lo cual fue corroborado con el dictamen pericial que se allegó al plenario⁷.

Pero recordemos que, como lo explicó la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en la sentencia que citamos líneas atrás, *"en punto tocante con vicisitudes advertidas -o advertibles- por la entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo aseguratorio, por vía de ilustración, el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción ex lege asignada a las prenotadas reticencia o inexactitud: la nulidad relativa", explicando que "...el conocimiento del asegurador al que se ha aludido no sólo es el real -o efectivo-, esto es el directo y consciente, como a primera vista pudiera parecer, sino también el presunto, vale decir el que emerge, ministerio legis, como corolario de la falta de diligencia radicada en cabeza de un profesional en el riesgo, predicable de ciertos y determinados hechos que, por su connotación, podían haber servido para elucidar las circunstancias fidedignas que signaban al riesgo, en su estado primigenio, según se pinceló..."*.

Es claro entonces que el principio de la ubérrima buena fe que orienta el contrato de seguro exige que en su fase pre-contractual el tomador declare sinceramente el estado del riesgo, informando a la aseguradora de todas las circunstancias atinentes a su real estado de salud, ya sea en forma espontánea o a través del formulario que se le ponga de presente para tal fin.

Pero tal principio no se agota ahí, pues no se espera de la compañía de seguros, como profesional en asumir riesgos, un actuar por completo pasivo que soslaye *información a su alcance racional* que resulte pertinente para descubrir pormenores alusivos al estado del riesgo, renunciando a

⁷ Respuestas del perito a los interrogantes 8 y 9, aunado al escrito de aclaración de la experticia.

efectuar valoraciones que podrían lucir aconsejables en determinados eventos para ponderar el riesgo que está a punto de asegurar.

c.2.2.- En este asunto, tampoco es motivo de discusión que el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA en el mes de diciembre del año 2015 se sometió a un *bypass gástrico* y que de contera, era una persona obesa como así aparece consignado en su historia clínica desde el año 2009 (folios 218 y ss. donde se registra para el 13 de noviembre de 2009 un peso de 131 kilos) y como así lo informaron los propios demandantes en sus interrogatorios de parte: la señora SANDRA PAOLA VALENCIA (ex – esposa del causante que vivió con él hasta el año 2009-2010) dijo que el señor Valencia Rentería *tenía obesidad, estaba muy gordo*, mientras que el testigo Sergio Plinio Quiñones dijo que el peso de su empleador era de unos *ciento y pico*.

Conforme con lo anterior, para la Sala la obesidad o, si se quiere, el sobrepeso del señor Valencia Rentería, aspecto visible para los funcionarios de la aseguradora⁸, debió llevar a que ésta realizara indagaciones adicionales sobre el real estado de salud del tomador de las pólizas si se tiene en cuenta que si bien no podría exigirse a los asesores que diagnosticaran propiamente la obesidad mórbida que padecía el causante, toda vez que ésta ostenta unas características médicas particulares (como el índice de masa corporal) y menos aún la diabetes, sí les era exigible que ante el sobrepeso del tomador sospecharan de otras patologías, pues bien es sabido que la obesidad por regla general va

⁸ Debe tenerse en cuenta que las cuatro (4) pólizas de banca segura fueron tomadas antes de la realización del *bypass gástrico*, registrando la historia clínica para el 18 de septiembre de 2015 un peso de 104 kilos y un diagnóstico de Obesidad II y que para el momento de tomar la póliza de seguro de vida individual el señor Valencia Rentería aún pesaba entre 98 y 95 kilos como lo refleja lo anotado en la historia clínica en las atenciones de los meses de enero y octubre de 2016.

aparejada con otros padecimientos tales como la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, etc.

De este modo, podían haber pedido al señor Valencia Rentería su historia clínica o haber realizado algunos exámenes que permitieran tener certeza sobre el real estado de salud del causante, pues dadas sus condiciones particulares, éste actuar lucía aconsejable para los efectos de ponderar el riesgo que pretendía asegurar, de modo que al abandonar esta facultad, que aunque no obligatoria por efectos de lo previsto en el artículo 1158 ibídem, sí debió ejercer como profesional en el ramo de los seguros, de modo que no procede la alegación y menos la declaratoria de la nulidad relativa del contrato de seguro al tenor de lo previsto en la parte final del artículo 1058 del Código de Comercio como quiera que, en los términos de la Corte, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. dejó de ser un asegurador acucioso y diligente, presto a informarse con las herramientas que le concede la ley, lo que le impidió advertir hechos que debió o pudo conocer sobre el real estado de salud del tomador de las pólizas.

Pero además, resulta reprochable para la Sala que la compañía de seguros hubiere demandado la nulidad relativa del contrato sólo cuando las beneficiarias concurrieron a reclamar el pago del seguro, aún a pesar de que desde la suscripción de los contratos obtuvo autorización para consultar la historia clínica del tomador, recibiendo el valor de las primas para luego objetar la reclamación por una reticencia que ni siquiera se relaciona con las lamentables circunstancias en las que murió el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA; actuar éste que tampoco refleja un comportamiento adecuado por parte de la aseguradora de quien, se reitera, también es predicable la ubérrima buena fe que gobierna este tipo de relaciones contractuales.

En estos términos damos respuesta a los interrogantes de nuestro segundo problema jurídico.

c.2.3.- Por manera que, al no prosperar la excepción que halló probada el juez a-quo, relacionada con la *nulidad relativa de las pólizas de vida No. (...), inexistencia de la obligación de indemnizar en cabeza de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y cobro de lo no debido*, corresponde ahora a la Sala pronunciarse respecto de las demás que fueron propuestas en el escrito de contestación de la demanda.

**No debe existir una relación de causalidad entre la inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado;* aspecto éste que además de no ser compartido por la Corte Constitucional en algunas de sus sentencias (T-282/16), termina siendo irrelevante en el presente litigio por cuanto se termina por condenar a la aseguradora con fundamento en lo previsto en el inciso final del artículo 1058 del C. de Co. como ampliamente se explicó líneas atrás.

Recuérdese que, a pesar de la reticencia en que incurrió el señor Valencia Rentería, lo que concluye la Sala es que ésta no genera, en este caso en particular, la sanción de nulidad relativa, sobre la base de haber operado la excepción contenida en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, consistente en que el asegurador *"ha debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios..."*, excepción ésta que, *"...según fue examinado, presupone la transgresión del deber de conocer, según el caso, el estado del riesgo, o –mejor aún- de procurarse información sobre el mismo, concretamente en aquellos eventos en que tiene en su haber datos suficientes e indicativos que le permitirían, con mediana diligencia, llegar a la precisión de los hechos que el 'asegurando'*

deformó, o al conocimiento que se reservó, tal y como en el sub lite aconteció, conforme lo acreditan las pruebas obrantes en el plenario...’’⁹.

**Inexistencia de obligación de realizar exámenes médicos,* aunque ello es cierto al amparo de lo previsto en el artículo 1158 del C. de Co. y no por ello se exime al tomador de su obligación de declarar sinceramente sobre su estado de salud, ya vimos cómo en este caso se reprocha a la aseguradora que, como profesional en el ramo de asegurar riesgos, ante el sobrepeso del señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA no hubiera realizado mayores indagaciones sobre el estado de salud del tomador como un actuar que lucía aconsejable para los efectos de ponderar el riesgo que pretendía asegurar en el caso concreto.

**Improcedencia del estudio de la responsabilidad civil contractual en el proceso de la referencia (y menos aún extracontractual);* medio de defensa que está llamado al fracaso toda vez que la demanda es clara en solicitar que se condene a la demandada al pago de los valores contratados en las diferentes pólizas, lo cual es suficiente para abordar el análisis y el estudio de fondo de la pretensión.

**Inexistencia de responsabilidad civil contractual,* que tampoco prospera por cuanto ya se concluyó que debe procederse al pago de las pólizas de seguro con fundamento en lo dispuesto en el inciso final del artículo 1058 del C. de Co. y ante la falta de diligencia de la aseguradora en la fase pre-contractual del contrato de seguros.

⁹ Ver pie de página No. 3

**Improcedencia de reconocimiento de intereses moratorios*, por cuanto la reclamación fue objetada por la nulidad del contrato de seguro.

De conformidad con lo previsto en el artículo 1080 del C. de Co. *“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad”*.

En el presente caso, considera la Sala que el actuar de la aseguradora sí es merecedor de que ésta sea condenada al pago de los intereses de mora a la tasa máxima legal vigente, a partir del 5 de mayo de 2017 (fecha de la objeción a la reclamación) hasta la fecha de pago, tal como así se ordenará en la parte resolutive de esta sentencia.

**Sujeción estricta al contrato de seguros, condiciones generales, particulares, límite valor asegurado, exclusiones de amparo*, para que en caso de una sentencia desfavorable, se tengan en cuenta estos aspectos.

No hay lugar a la declaratoria de esta excepción al no existir controversia alguna sobre los amparos, límites, exclusiones o valor asegurado.

**Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, con fundamento en el artículo 1081 del C. de Co.*

La cual no está llamada a prosperar toda vez que fallecido el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA el 1º de noviembre de 2016 y presentada la reclamación de la indemnización el 24 de marzo de 2017, ésta fue objetada por la aseguradora en comunicación del 5 de mayo de 2017, por lo que el día 30 de octubre de 2018 las ahora demandantes convocaron a la aseguradora a la audiencia prejudicial de conciliación, la cual finalizó con constancia de no asistencia de fecha 28 de noviembre de 2018, siendo presentada la demanda el día 20 de febrero de 2019.

Conforme con lo anterior, se tiene que con la reclamación presentada el día 24 de marzo de 2017 las beneficiarias del contrato de seguro interrumpieron la prescripción que había empezado a correr en su contra con el fallecimiento del señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA, de ahí que la presentación de la demanda el día 20 de febrero de 2019 se hizo antes de que transcurriera en su totalidad el término de dos (2) años que prevé el artículo 1081 del C. de Co., máxime cuando, se reitera, el día 30 de octubre de 2018 las ahora demandantes convocaron a la aseguradora a la audiencia prejudicial de conciliación, la cual finalizó con constancia de no asistencia de fecha 28 de noviembre de 2018.

De acuerdo con lo anterior, corresponde a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. pagar a las demandantes, en el porcentaje que a cada una le corresponda, las sumas aseguradas en las pólizas Nos. BAN-24533478, BAN-24533547, BAN-24688021, BAN-24688022 y la No. 081003816150 del 17 de junio de 2016.

D.- CONCLUSIÓN.

Así las cosas, al estar reunidos los presupuestos para la aplicación del inciso final del artículo 1058 del C. de Co. y no prosperar ninguna de las demás excepciones formuladas en la contestación de la demanda, se impone condenar a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a pagar a las señoras MARÍA RENTERÍA VENTÉ, SANDRA PAOLA VALENCIA MURILLO (actuando en nombre propio y en representación del menor DUVÁN FELIPE VALENCIA VALENCIA), SANDRA PAOLA VALENCIA RENTERÍA, KELLY JOHANNA VALENCIA VALENCIA, ANA CILENA RAMOS RENTERÍA y ÁNGELA INÉS ANGULO VENCE (actuando en nombre propio y en representación de los menores de edad JEILYN MARLOVY y JIHANNA VALENCIA ANGULO), en el porcentaje que a cada uno de los beneficiarios les corresponda, las sumas aseguradas en las pólizas Nos. BAN-24533478, BAN-24533547, BAN-24688021, BAN-24688022 y la No. 081003816150 del 17 de junio de 2016, junto con los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida a partir del 5 de mayo de 2017 y hasta que se efectúe el pago total de la obligación.

Finalmente, se condenará en costas de ambas instancias a la demandada en favor de las demandantes; las agencias en derecho de primera instancia serán liquidadas por el Juzgado de conocimiento, mientras que en esta instancia se liquidará por este concepto la equivalente a tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Y como se tiene conocimiento de la existencia de otro proceso entre las mismas partes en el Juzgado 16 Civil del Circuito, en la cual la aseguradora demanda la nulidad relativa de los contratos de seguro, se remitirá copia de este proveído para lo que considere pertinente.

VII.- PARTE RESOLUTIVA.

En consecuencia, esta Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO.- REVOCAR en todas sus partes la sentencia objeto de apelación, de fecha y procedencia conocidas, por lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO.- En su lugar, **DECLARAR NO PROBADAS** las excepciones de mérito formuladas por la demandada, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO.- Como consecuencia de lo anterior, **CONDENAR a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** a pagar a favor de las señoras a pagar a las señoras MARÍA RENTERÍA VENTÉ, SANDRA PAOLA VALENCIA MURILLO (actuando en nombre propio y en representación del menor DUVÁN FELIPE VALENCIA VALENCIA), SANDRA PAOLA VALENCIA RENTERÍA, KELLY JOHANNA VALENCIA VALENCIA, ANA CILENA RAMOS RENTERÍA y ÁNGELA INÉS ANGULO VENCE (actuando en nombre propio y en representación de los menores de edad JEILYN MARLOVY y JIHANNA VALENCIA ANGULO), en el porcentaje que a cada uno de los beneficiarios les corresponda, las sumas aseguradas en las pólizas Nos. BAN-24533478, BAN-24533547, BAN-24688021, BAN-24688022 y la No. 081003816150 del 17 de junio de 2016, junto con los intereses moratorios a la tasa máxima legal

permitida a partir del 5 de mayo de 2017 y hasta que se efectúe el pago total de la obligación.

CUARTO.- CONDENAR en costas de ambas instancias a la parte demandada en favor de la demandante, para lo cual el Magistrado sustanciador señala por concepto de agencias en derecho de segunda instancia la suma equivalente a tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

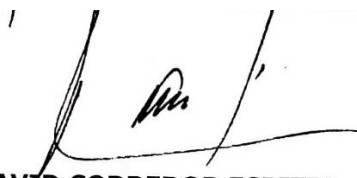
QUINTO.- REMITIR al Juzgado 16 Civil del Circuito de Cali copia de este proveído para lo que considere pertinente.

SEXTO.- Cumplido el trámite de instancia, **REGRESE** el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y DEVUELVA



FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES



JOSÉ DAVID CORREDOR ESPITIA



JULIÁN ALBERTO VILLEGAS PEREA