

**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR  
SALA CIVIL-FAMILIA-LABORAL**

**MAGISTRADO PONENTE: JESÚS ARMANDO ZAMORA SUÁREZ**

<b>PROCESO:</b>	VERBAL RESP. CIVIL CONTRACTUAL
<b>RADICACIÓN:</b>	20001-31-03-004-2018-00262-01
<b>DEMANDANTE:</b>	FARIDE ARIAS QUINTERO
<b>DEMANDADO:</b>	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
<b>DECISIÓN:</b>	CONFIRMA LA SENTENCIA APELADA

**SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA**

Valledupar, veintiséis (26) de octubre de dos mil veintidós (2022)

Procede la Sala Civil - Familia - Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, dentro del proceso de la referencia a resolver recurso de apelación interpuesto por el apoderado judicial de la demandada AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., contra la sentencia proferida el catorce (14) de mayo del dos mil veintiuno (2021) por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar.

**ANTECEDENTES**

La demandante FARIDE ARIAS QUINTERO, a través de apoderado judicial, interpuso demanda verbal encaminada a que se declarara que AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. es civilmente responsable del pago de la indemnización que contrató como asegurada de la Póliza Vida Individual No. 9688338, suscrita y con vigencia desde el día 20 de marzo del 2013, donde se constituyó una indemnización por amparo de Incapacidad total y permanente por la suma de \$100.000.000, por lo que pretende dicho pago, sus intereses moratorios y la condena en costas.

Dentro del relato fáctico de la demanda, expone la demandante que suscribió la póliza previamente mencionada, bien sea por vida o por incapacidad total y permanente.

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Que previa valoración y tratamiento médico fue calificada con pérdida de capacidad laboral del 100% según Dictamen SO 102017007-1 con fecha 28/10/2017 caracterizado como gran invalidez por enfermedad de origen profesional.

Que la demandante cumplió legalmente con su obligación de pagos a la prima de seguros y demás obligaciones contractuales, entre ellas la autorización respectiva al acceso de su historia clínica frente a la aseguradora.

Que al haberse estructurado el amparo de Incapacidad Total y Permanente descrito en la póliza, la demandante hizo reclamación directa a AXA COLPATRIA mediante escrito de noviembre 28 del 2017, solicitando el pago contratado y, anexando los documentos legales para el estudio de su requerimiento.

Que la aseguradora denegó el pago indemnizatorio arguyendo la reticencia en la información, al no haber declarado la demandante que padeció antecedentes médicos de acuerdo a la declaración de asegurabilidad, ésta manifestó su desacuerdo, toda vez que bien pudo haberse informado la pasiva en su historia médica sobre ese asunto al contar con autorización expresa para ello, otorgada por la misma tomadora, en este caso la demandante. Que además COLPATRIA pretende justificar la negación del amparo de la póliza en una patología que no es determinante, ni guarda nexo de causalidad con la invalidez de la actora.

La parte demandada, a través de apoderado judicial, formuló las excepciones que denominó: i) objeción a la reclamación acorde al contrato y a la ley/ inexistencia de la obligación contractual pendiente entre las partes/ falta de cobertura; ii) contrato de seguro no afianza pérdida de capacidad laboral; iii) nulidad relativa del contrato por reticencia; iv) condiciones de aseguramiento pactadas; v) genérica; vi) oposición al juramento estimatorio de perjuicios.

#### **i. Decisión Apelada**

Determinó en la sentencia impugnada la jueza *a quo* como imprósperas las excepciones propuestas por la parte demandada, y en ese sentido, declaró a la empresa AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

como civilmente responsable por el incumplimiento del Contrato de Seguro comprendido en la Póliza No 9688338, y en consecuencia, la condenó a asumir el reconocimiento y pago a la parte beneficiaria, del valor asegurado en el amparo por incapacidad total y permanente contenido en la póliza, por la suma de \$100.000.000, y por los intereses moratorios a una tasa equivalente al interés bancario corriente aumentado en una mitad, sobre dicho monto desde el día 15 de enero de 2018. Así mismo ordenó la condena en costas.

Para tomar dicha determinación, consideró la juez de primera instancia que contrariamente a lo dispuesto en las excepciones propuestas, solo se objetó la reclamación de la demandante en su momento, en una supuesta reticencia en la declaración del estado del riesgo, no exponiéndose nada sobre la clase de cobertura adquirida, en cuanto a un estado de incapacidad asimilable a la muerte.

Establece que en solicitud de póliza anexada al expediente, se observa que se incluían los siguientes amparos: vida- amparo básico; incapacidad total y permanente; anticipo en enfermedades graves; renta diaria por incapacidad temporal por accidente; anticipo de exequias y ahorro, por lo que, si bien es cierto, que en el cuerpo de la póliza de seguros de vida contratado, visible a folio 26, no se encuentra el amparo de incapacidad total y permanente, no es menos cierto que quedó demostrado en el interrogatorio de parte que le fue formulado a la Representante Legal de AXA COLPATRIA que la voluntad de contratar expresada por la demandante mediante su firma y huella plasmada en la solicitud de la póliza, fue sobre los amparos allí especificados y no sobre los amparos que contiene la póliza visible a folio 26 la cual no se encuentra suscrita por la tomadora, empero, sí es claro que la voluntad de la misma no estuvo encaminada a tomar el amparo por incapacidad asimilada a la muerte, sino simplemente a un amparo por incapacidad total y permanente, de ahí que la tergiversación de dicha voluntad por la aseguradora al momento de expedir la póliza, no puede reportar derecho en su favor.

Que en este sentido, tuvo en cuenta la *a quo* que en las relaciones de consumo, que surgen tanto de esta clase de negocios, como de cualquier otro, se debe resaltar el derecho a recibir una información clara, precisa e idónea, que ostenta todo consumidor. Aclaró en tal sentido que, si bien en

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

sus alegaciones, el apoderado de la parte demandada enfatizó en que se le prestó una información suficiente a la demandante al momento de contratar el seguro, en lo indicado por la actora, nada se dijo concretamente frente a dicha “claridad” expuesta.

Del mismo modo la juez censurada pone de presente las condiciones de la póliza visible a folio 81 del expediente físico, respecto de las apreciaciones afirmadas por la representante legal de AXA COLPATRIA y su apoderado, resaltando que allí, nada se dijo sobre un estado vegetativo, ceguera total o mutilación de dos o más miembros de sus extremidades, como elementos constitutivos del amparo de incapacidad. Así dio por demostrado que la demandante fue calificada con una pérdida capacidad laboral del 100%, por lo que está probada su incapacidad total, situación que se configuró durante la vigencia de la póliza.

Que respecto de la excepción de reticencia, sustentada en el argumento de haber omitido la demandante declarar el estado real del riesgo al momento de tomar la póliza, apreció la juez de instancia que los padecimientos que dieron origen a la invalidez de la demandante fueron del año 2017, fecha posterior a la solicitud de dicho producto.

Que no obstante lo anterior, determinó la *a quo* en primer lugar, que no se allegó por parte de AXA COLPATRIA los antecedentes clínicos de la demandante que den lugar a probar su dicho, esto de conformidad con el art. 177 del C.G.P., y que, en todo caso, los soportes documentales, pruebas de exámenes para la documentación de hallazgos positivos que fueron tenidos en cuenta para su calificación de conformidad con lo consignado en el dictamen, son del año 2017 y junio del 2013, esto es con posterioridad a la fecha en que la demandante adhirió su voluntad a la declaración de asegurabilidad incorporada en la solicitud de seguro de fecha 20 de marzo del 2013.

Se resaltó adicionalmente, que dentro del interrogatorio de parte absuelto por la demandante, ésta manifestó a grandes rasgos que el asesor le leyó el contrato de la póliza y en cuanto a la declaración de asegurabilidad dijo que para ese momento se encontraba en buenas condiciones generales de salud que como es normal, tuvo consultas

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

médicas anteriores, pero por afecciones no frecuentes y aisladas como cualquier persona, lo cual es natural.

En ese mismo sentido, en cuanto a la artrosis alegada como no informada por el apoderado de AXA COLPATRIA, y que aduce haber sido confesada durante el interrogatorio realizado, esta aludió a que dicha patología se presentó después de la suscripción del contrato, por lo que no había necesidad de indicarle eso a la aseguradora cuanto fue un situación posterior y no anterior a la solicitud de asegurabilidad.

## **ii. Recurso de Apelación**

Inconforme con la decisión adoptada, el vocero judicial de la demandada interpuso recurso de apelación reparando de la siguiente manera:

Que el amparo de incapacidad que se otorgó en la póliza era uno asimilado a la muerte. Sin embargo, se reconoció por el fallo reprochado, una extensión a un amparo que no existe en el contrato, desconociendo que la afectación que tiene la señora FARIDE, además de todo, es absolutamente recuperable. Que en ese sentido, se aduce que hay un desconocimiento a las condiciones de la póliza 9688338, explicadas y conocidas a la demandante como lo reconoció en su interrogatorio de parte, que además fueron claras, expresas en el contrato de seguro y su resolución de su aseguramiento obrante en el expediente, documentos que no fueron tachados por la actora en el presente proceso.

El segundo reparo recae en la confesión realizada por la señora FARIDE ARIAS durante su interrogatorio, de enfermedad grave degenerativa de artrosis en el año 2016, la cual no fue comunicada a la aseguradora, explicando durante su declaración que no consideró necesario informar lo anterior a la empresa AXA COLPATRIA. Alega el recurrente que, efectivamente, dicha enfermedad es posterior a la expedición del contrato de seguros, pero tal como se expuso en alegato de conclusión, en virtud del artículo 1060 del Código de Comercio, debió notificarse a la aseguradora la modificación en el estado del riesgo, es decir que dicha condición de salud de la demandante, tuvo que ser notificado

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

expresamente a la compañía por tener incidencia en el estado de asegurabilidad.

Por otro lado, reprocha la afirmación del *a quo*, sobre que no fue probado por AXA COLPATRIA la objeción válida hecha por la compañía de seguros frente a la reticencia, dado que en el expediente, en la historia clínica aportada por la propia parte demandante se acompaña en las anotaciones del año 2017 efectuadas por la FUNDACIÓN MEDICO PREVENTIVA a la que estaba afiliada, que ésta padecía de enfermedades graves antes de la suscripción del seguro, prueba documental que ha sido desconocida por el juez de instancia.

### **iii. Sustentación y traslado del recurso**

En sujeción a lo normado en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, a la parte apelante le fueron permitidos cinco (5) días para sustentar su causa a través de auto publicado en legal forma; también la parte no apelante gozó de oportunidad equivalente para descorrer.

Vencido el término de traslado que le fue concedido para sustentar el recurso, la parte recurrente no allegó pronunciamiento alguno. Sin embargo, teniendo en cuenta el criterio impuesto por la Corte Suprema de Justicia en proveídos como el STC9226-2022, esta Colegiatura procederá a estudiar su alzada con los argumentos que se esgrimieron en debida forma ante el *a quo*.

### **CONSIDERACIONES DE LA SALA**

En vista de que en el presente proceso se reúnen los requisitos procesales y sustanciales para proferir decisión de mérito y que no existen irregularidades que invaliden lo actuado, se procederá a resolver de fondo la apelación recibida.

Dilucida la Sala que el problema jurídico en esta instancia se centra en determinar si fue acertada la decisión de la juez de primera instancia al desestimar las excepciones propuestas por la parte demandante denominadas objeción a la reclamación acorde al contrato y a la ley por inexistencia de la obligación contractual pendiente entre las partes- falta de cobertura; nulidad relativa del contrato por reticencia, entre otras, y en

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

consecuencia declarar la responsabilidad civil contractual en cabeza de la aseguradora, condenando al pago de respectivo, por concepto de indemnización por incapacidad total y permanente, o, si con base en los reparos efectuados por el apelante, resulta procedente revocar tal decisión.

De conformidad al artículo 1036 del Código de Comercio, el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva; que sea consensual no le imprime un sello de impenetrabilidad al contrato, más bien, define el modo en que se perfecciona para nacer al mundo jurídico: con el acuerdo de voluntades, sin más formalidades, no obstante que pueda adolecer de irregularidades o vicios en su formación.

Los contratos de seguros constan de cuatro elementos esenciales, sin los cuales, no es apto para producir efecto alguno:

- 1) El interés asegurable;
- 2) El riesgo asegurable;
- 3) La prima o precio del seguro, y
- 4) La obligación condicional del asegurador.

Ahora bien, tenemos dentro del presente asunto que la demandante, FARIDE ARIAS QUINTERO, contrató póliza de seguro No. 9688338 con AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., y se arrima como asunto de debate los amparos contratados, toda vez que han sido objeto de excepción por parte de la empresa demandada, situación que se itera en los reparos realizados a la sentencia impugnada.

En relación con lo explicado, es justo que el amparo objeto de reclamación de indemnización, incapacidad total y permanente, la objetada por la empresa demandada, puesto que ha sostenido durante el curso procesal que la misma no se encuentra contenida dentro de la cobertura contratada con la póliza, objeto del proceso.

De este modo, consideró la juez de instancia, que para el contrato de seguros, como es una relación de consumo debe imperar la claridad, precisión e idoneidad de la información que conforma dicho convenio jurídico.

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Respecto de lo anterior, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia SC4126-2021<sup>1</sup> determina lo siguiente:

*“(…) en cuanto al asegurador atañe, también conlleva las obligaciones de proporcionar al tomador información suficiente, oportuna, verificable, clara, exacta y verdadera, en especial sobre los amparos básicos y exclusiones, permitiendo que este entienda a cabalidad las condiciones contractuales; y, acaecido el siniestro y satisfechas las condiciones que el beneficiario debe colmar para reclamarle la indemnización, pagarla completa y oportunamente.*

*(…) Más específico aún, en procura de dar al tomador, asegurado y/o beneficiario elementos suficientes para que pueda ejercer y demostrar sus derechos, el numeral 2 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, prescribe en torno a tal documento que:*

*a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva; b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y c. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página (...).*

*En consonancia con lo anterior, la Superintendencia Financiera ha señalado que los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral. (...)*

*En tal sentido, resulta importante reseñar que la Ley 1328 de 2009 establece un régimen de «protección de los consumidores financieros en las relaciones entre estos y las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia», entre las que se encuentran las aseguradoras, según se desprende de los artículos 189, numeral 24, de la Constitución y 8° del Decreto 4327 de 2005.*

*Estatuto del que al caso resulta pertinente destacar lo conceptos que fijan los literales a), d) y f) del artículo segundo, en cuanto definen «cliente» como «...la persona natural o jurídica con quien las entidades vigiladas establecen relaciones de origen legal o contractual, para el suministro de productos o servicios, en desarrollo de su objeto social»; «consumidor financiero» como «todo cliente, usuario o cliente potencial de las entidades vigiladas» y «contratos de adhesión» como aquellos «...elaborados unilateralmente por la entidad vigilada y cuyas cláusulas y/o condiciones no pueden ser discutidas libre y previamente por los clientes, limitándose estos a expresar su aceptación o a rechazarlos en su integridad»; igualmente, los cánones 3°, 5° y 7° ídem que reiteradamente imponen a tales entidades obrar con transparencia y suministrar a sus consumidores información cierta, suficiente, clara, oportuna, veraz, verificable y en caracteres legibles a simple vista, absteniéndose de incurrir en conductas abusivas contractuales.” (Subrayado por fuera del texto original)*

---

<sup>1</sup> Magistrado Ponente: OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE. Radicación n° 11001-31-03-040-2014-00072-01. Treinta (30) de septiembre de dos mil veintiuno (2021).



**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

De esta manera puede verse, expresamente, que dentro de la solicitud de póliza de seguro individual No. 9688338 (págs. 26, 27 y 28 archivo digitalizado 1), debidamente suscrita y firmada por la demandante, se estipuló de manera textual dentro del recuadro que relaciona los productos contratados, la “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”. En de dicho formato no se indica ni el factor de “Asimilable a la muerte” y tampoco se realiza anotación u observación dirigida en tal sentido. Es a partir del hecho de ser este el único documento inicial signado por la demandante, la piedra angular a partir del cual se finca la conclusión de no encontrarse claridad frente a las futuras objeciones realizadas, fundamentadas estas en una crucial delimitación, cuando en el mismo génesis del contrato se concretó la incapacidad como TOTAL y PERMANENTE, sin ninguna clase de salvedad.

En igual sentido, se observa que en formato de certificado de póliza (página 29) -caratula de la misma- documento que además no se encuentra firmado por la demandante, pero que sin embargo aporta como prueba, se relaciona dentro de los amparos “INCAPACIDAD ASIMILADA”. Llama la atención de esta Colegiatura, la manera escueta en la denominación de dicha incapacidad, no configurando tampoco la “claridad” que tanto insiste en defender el apelante, y que debe ser parte integra de tal documento de conformidad con los argumentos expuestos por la Corte. En la designación de “asimilada” de parte de una incapacidad, sin hacer mención tan si quiera sucinta a la palabra “muerte”, ni explicando un estado catastrófico de gravedad que posteriormente se sostuvo por parte de AXA COLPATRIA, no puede luego entonces predicarse que dicha designación sea más clara, concisa y eficaz, que la misma detallada a través del formato suministrado por la misma empresa al momento de la toma de la póliza cuando se designó el amparo deprecado como INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Teniendo en cuenta lo anterior, de entrada señala esta Sala que coincide con los argumentos desplegados por la juez de primera instancia, dentro de la sentencia impugnada, y determina que la “claridad” en la que insiste el apelante en sus reparos realizados, respecto de la cobertura al momento de constituir el amparo, objeto de reclamación, no se observa para este caso de tal manera que logre derrocar las consideraciones hechas por la *a quo*, ni mucho menos las pretensiones de la demanda en tal sentido.

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Luego entonces, se comparte además con las apreciaciones hechas en la sentencia censurada, al determinar que dentro de las condiciones del contrato, aportados por la aseguradora como prueba (sin perder de vista a la ineficacia de la distinción hecha de la caratula de la misma), tampoco se mencionan las condiciones médicas de estado vegetativo, pérdida de extremidades, entre otros aspectos fatídicos en los que se apoyó la defensa de la aseguradora para desvirtuar la cobertura respecto de la incapacidad total y permanente que detenta la actora a partir de su dictamen de pérdida de capacidad del 100%, situación plenamente probada en el expediente y que fue analizado de manera acertada por la juez de instancia, frente a otras excepciones igualmente descartadas.

De esta manera, no considera esta Sala que le asista razón al apelante dentro de los argumentos expuestos a través de su primer reparo, toda vez que no se determinó en la sentencia reprochada, una extensión de una cobertura no contratada, sino que por el contrario, no pudo desvirtuarse en debida forma que desde el primer momento en que se contrató la póliza se fundamentó en una voluntad afincada por parte de la tomadora, en este caso demandante, a favor de una INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, y que nadie más que la misma aseguradora, estipuló a través de sus formatos suministrados, y que no pueden ser oscurecidos a través de imprecisiones carentes de claridad por exclusiones contenidas en documentos anexos, los que pueden propender o tergiversar la voluntad inicial con la que fue constituida dicha póliza solicitada, por quien se depreca como asegurado.

Ahora bien, se fundamenta el segundo reparo realizado, en una alegada confesión hecha por la demandante al momento de rendir el interrogatorio de parte, en audiencia inicial realizada dentro del presente proceso. Aduce el recurrente, en concordancia con sus argumentos expuestos dentro sus alegatos de conclusión, que la demandante declaró sobre una artrosis degenerativa acaecida en el año 2016, enfermedad de la cual no vio necesario informar a la empresa AXA COLPATRIA en vista de que la misma fue posterior a su declaración de asegurabilidad. De esta manera invoca en este punto de la instancia la parte demandada, lo dispuesto por el artículo 1060 del Código de Comercio, sobre la conservación del estado del riesgo y notificación de cambios.

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Dentro de la sentencia impugnada, se limita la juez de instancia a determinar que, como dicha enfermedad fue posterior a la toma de la póliza de seguros en el año 2013, no habrían lugar a las excepciones propuestas, que tal como se recuerda por esta Sala, iban solo encaminadas a fundamentar la falta de cobertura del amparo reclamado, y por otro lado, a configurar la reticencia a partir de afirmaciones dirigidas a la omisión del estado real del riesgo al momento de la toma de la póliza, nunca habiéndose sustentado, mediante ningún medio suasorio ni exceptivo, previo a los alegatos de conclusión, la invocada norma que habla sobre la modificación del estado de asegurabilidad.

Pues bien, trata el artículo 1060 del C. de Co. lo siguiente:

*“ARTÍCULO 1060. <MANTENIMIENTO DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS>. El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso lo del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.*

*La notificación se hará con antelación no menor de diez días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta días desde el momento de la modificación.*

*Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, el asegurador podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.*

*La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho al asegurador a retener la prima no devengada.*

*Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto en cuanto a los amparos accesorios, a menos de convención en contrario; ni cuando el asegurador haya conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.”*  
(Subrayado por fuera del texto original)

Respecto de lo anterior, partiendo de que la anterior norma citada se remite directamente al art. 1058 *ibidem*, en relación al deber del tomador o asegurado de informar el estado real del riesgo, luego, no, entonces, solo al momento de la celebración del contrato, sino también en el evento de sobrevenir hechos o circunstancias que varíen o agraven el mismo, so pena de configurarse reticencia, debe exponerse en tal sentido los criterios determinados por la jurisprudencia, sobre la incidencia de la validez del contrato de seguro frente a dicho fenómeno.

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

De esta manera, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC 3791-2021<sup>2</sup> del 1° de septiembre del 2021, consideró lo siguiente:

*“Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, tiene dicho, gira la «potestad ( ... ) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él». (...)*

*La uberrimae bonafidei, por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados, al «mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas». (...)*

*Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. 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»*

*La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado.*

*3. 2. 4. El problema surge cuando las reticencias o inexactitudes aún persisten. De un lado, por no haber sido conocidas real o presuntamente por la compañía aseguradora. Y de otro, cuando el empresario del riesgo no ha saneado los vicios sobrevivientes expresa o tácitamente. En estas hipótesis, las faltas susceptibles de dar al traste con el contrato de seguro también deben ser excepcionales.*

*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». Para la jurisprudencia constitucional, «siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo»,*

*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 iudice, cuáles acontecimientos fácticos pudieran interesar o incidir en el asentimiento del asegurador y cuáles no (juicio de relevancia o de trascendencia) ( ... )»*

---

<sup>2</sup> Magistrado ponente: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA. Radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

*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 1 ° del Código de Comercio).*

3.2.5. 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. Los artículos 177 del Código de Procedimiento Civil y 167 del Código General del Proceso, así lo establecen. Según su tenor, «incumbe a las partes probar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen». Principios que responden al aforismo «onus probandi incumbit actori; reus excipiendo fit actor».

El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas.

Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. **La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador.**

Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza « (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato». Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento.” (Negrilla y subrayado por fuera del texto original)

Ahora, se apoya el apoderado judicial recurrente en la afirmación vehemente, realizada tanto al momento de rendir sus alegatos de conclusión, tanto como al momento de fundamentar sus reparos a la sentencia impugnada, afirmando que la demandante en este caso, confesó que fue diagnosticada “en el año 2016 de artrosis *grave* degenerativa”.

Encontramos entonces, la declaración rendida por la señora FARIDE ARIAS QUINTERO mediante el interrogatorio oficioso de parte decretado por el despacho, siendo contrainterrogada, además, en aquella oportunidad por la apoderada sustituta de AXA COLPATRIA. Dentro de la misma declaración, la actora sostiene que no padecía ninguna enfermedad, mucho menos grave ni compleja al momento de la toma de la póliza. Por otro lado, establece que en octubre del 2016 fue la primera oportunidad que tuvo problemas de salud relacionados con la disfonía por la que fue calificada. Subsiguientemente, determinó que en 03 de marzo del 2017 tuvo conocimiento a través de

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

estudios médicos de su diagnóstico relacionado con el Túnel del Carpio. Del mismo modo, que en 10 de abril del 2017 le fue informado de parte de los especialistas del desgaste en sus cuerdas vocales y nódulos en la garganta, afecciones estas de las que derivó su dictamen de pérdida de capacidad laboral en fecha 18 de octubre del 2017, a partir del cual finalmente requirió el amparo de la póliza objeto del proceso.

Habló la demandante de dolores en el cuerpo, fibromialgia y de problemas psicológicos acaecidos en virtud de las enfermedades antes mencionadas. Determinó haberse encontrado incapacitada en octubre del 2016, sin embargo, a grandes rasgos no se determinó la causa de la misma, ni tampoco mencionó expresamente padecer de artrosis grave degenerativa, más que los problemas relacionados con inicio de sus afecciones médicas para dicha data que derivaron en su disfonía.

De esta manera no se observa, primeramente, que la demandante haya hablado de afectaciones de su salud distintas o ajenas a su proceso médico realizado y que finalizó con el dictamen de incapacidad a través del cual informó y requirió la indemnización a la aseguradora. No encuentra entonces esta Sala, la manifiesta confesión de artrosis degenerativa grave de la cual alega el apoderado que debió haberse notificado a la aseguradora en virtud del artículo 1060 del C. de Co. Tampoco se presenta prueba alguna de historia médica o clínica a través de la que se demuestre del acaecimiento concreto de dicha patología para el año del 2016.

En ese mismo orden de ideas, teniendo en cuenta que la eventual modificación el estado del riesgo obraría los mismos efectos de la reticencia dispuesta en el Art. 1058 del Código de Comercio, debe hacer esta Sala énfasis a los apartes jurisprudenciales que predicen que la nulidad del contrato de seguros por dicho fenómeno, no solo se predica a partir de las inexactitudes en la declaración de asegurabilidad por parte del tomador, o en este caso de la modificación surtida con ocasión de hechos sobrevinientes, sino que se encuentra en cabeza del interesado, en este caso de la aseguradora, la carga de demostrar que dichos hechos que la configuran tuvieron incidencia en la materialización del riesgo que se pretende indemnizar. Luego entonces, no podría hablarse de que esto se concrete, cuando se basan dichas alegaciones y de manera paralela el reparo realizado, frente una presunta “confesión” de la demandante que ni siquiera es clara,

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

mucho menos probada, a partir de un diagnóstico en específico del cual no se ha puesto de presente más allá del relato fáctico que encierra no solo el presente trámite judicial, sino las actuaciones administrativas directas de reclamación frente a la empresa.

De esta manera no tiene vocación de prosperidad el reparo antes estudiado.

Por último, repara el apelante al reprochar la afirmación de que no fue probado por AXA COLPATRIA la objeción válida hecha por la compañía de seguros frente a la reticencia, dado que afirma, obrar en el expediente la historia clínica aportada por la propia parte demandante donde se avistan anotaciones del año 2017 efectuadas por la FUNDACIÓN MEDICO PREVENTIVA a la que estaba afiliada, donde se consigna que padecía de enfermedades graves *antes* de la suscripción del seguro, prueba documental que acusó como desconocida por la juez de instancia.

De lo anterior rebate este cuerpo colegiado lo afirmado, en el sentido que, tal como se especificó en la sentencia impugnada, no obra en el expediente historia clínica que sustenten dichas afirmaciones, ni de parte de la demandante, así como tampoco de la demandada que es a quien finalmente obra el peso de la carga de tales afirmaciones, cuando se observa que en el plenario, las únicas documentales que fueron anexadas por AXA COLPATRIA se erigieron en virtud de las condiciones del contrato de seguros objeto del litigio, debatiéndose solo las condiciones médicas a partir de los mismos escritos de objeciones realizados a fin de resistir la pretendida indemnización, sin ninguna clase de soporte adicional allegado al expediente. Así como del caso, de las pruebas aportadas por la actora se limitan a probar su aducida incapacidad a partir del dictamen de pérdida de capacidad laboral, el cual carece de detalles y precisiones médicas de modo, tiempo y lugar que podrían verificarse a través de la historia clínica de la actora, que para este caso, no conformó el universo probatorio construido dentro del caso *sub examine*.

Por lo visto, las conclusiones de la sentencia apelada son acertadas en buen juicio y sana crítica, frente a lo que se colige de los elementos suasorios recaudados y siendo basta razón la que aquí se estudia.

**PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**RADICACIÓN:** 20001-31-03-004-2018-00262-01  
**DEMANDANTE:** FARIDE ARIAS QUINTERO  
**DEMANDADO:** AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

En definitiva, el problema jurídico se absuelve sin modificaciones a la decisión que se cuestiona, toda vez que la parte demandada no logró sustentar las apreciaciones realizadas respecto de las condiciones y amparos contratados con la póliza, la modificación del estado del riesgo, ni tampoco una indebida valoración probatoria respecto de los medios suasorios allegados.

Como no prospera el recurso interpuesto, la parte recurrente será condenada en costas y se fijarán agencias en derecho en la suma de equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que incluirá el Juzgado de primera instancia en la liquidación de costas de conformidad al artículo 366 del C. G. del P.

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

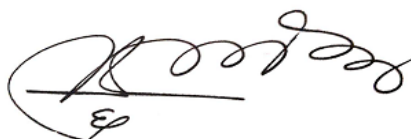
**RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar el día catorce (14) de mayo del dos mil veintiuno (2021), dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual derivado del contrato de seguros promovido por FARIDE ARIAS QUINTERO contra AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**SEGUNDO:** CONDENAR en costas de esta instancia a la demandada vencida. Como agencias en derecho se fija la suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, que serán liquidadas de manera concentrada por el Juzgado de primera instancia en atención a lo previsto en el artículo 366 del Código General del proceso.

**TERCERO:** Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para los fines pertinentes.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

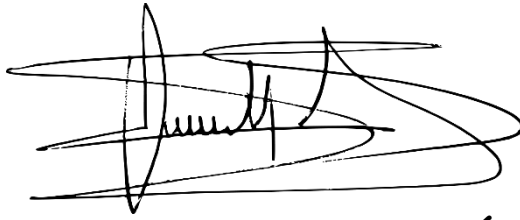


**JESÚS ARMANDO ZAMORA SUÁREZ**  
Magistrado Ponente

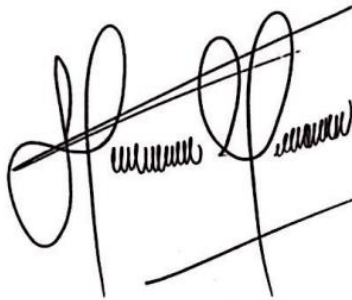


**PROCESO:**  
**RADICACIÓN:**  
**DEMANDANTE:**  
**DEMANDADO:**

VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
20001-31-03-004-2018-00262-01  
FARIDE ARIAS QUINTERO  
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.



**ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ**  
Magistrado



**HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA**  
Magistrado