



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

**PROCESO:** VERBAL DE NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO  
**ASUNTO:** APELACION SENTENCIA  
**RADICADO:** 20178 31 03 001 2017 00068 02  
**DEMANDANTE:** ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.  
**DEMANDADOS:** JHON JAIRO QUINTERO ROSADO

**MAGISTRADO PONENTE: ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ**

Valledupar, veintiocho (28) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Procede la Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, a resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandante en contra de la sentencia proferida el 12 de diciembre de 2018, dictada por el Juzgado Civil del Circuito de Chiriguaná, Cesar, dentro del proceso verbal de Nulidad de Contrato de Seguro, promovido por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. contra el señor JHON JAIRO QUINTERO ROSADO.

**ANTECEDENTES**

1.- **HECHOS RELEVANTES:** La actora solicitó declarar la nulidad relativa del contrato de seguro de vida individual identificado con el consecutivo No.021933757, debido a la reticencia en la que incurrió el tomador cuando expuso el estado del riesgo, pues ocultó que previo a la constitución del seguro se encontraba con varios de los antecedentes médicos descritos en la “*Declaración de Asegurabilidad*”. Frente al incumplimiento, sostuvo que el demandado faltó a la buena fe contractual que le era exigible, por tanto, el contrato suscrito se encuentra viciado, siendo necesario dar aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio.

Reseñó que el demandado, en calidad de tomador del prenotado contrato con vigencia 02 de junio de 2016 a 01 de junio de 2021, respondió el cuestionario sobre el estado de riesgo, negando lo relacionado a padecimientos de las enfermedades, eventos y circunstancias médicas, cuando en historial clínica, la entidad encontró que el señor QUINTERO ROSADO, padecía de *Trastornos del testículo y el epidídimo, hallazgo de Varicocelle, según registros de fechas 3 de marzo de 2015 y 11 de mayo de 2015, por lo cual fue intervenido quirúrgicamente; Esguinces y terceduras de tobillo con anotaciones del 9 de enero de 2015 y 11 de mayo de 2015; Escoliosis no especificada, dorsalgia no especificada y aumento anormal de peso, de conformidad con registros del 4, 6 y 11 de febrero de 2014; y, Síndrome de abducción dolorosa del hombro con anotación del 14 de septiembre de 2013.*

**2.- PRETENSIONES:** Que se declare que el señor JHON JAIRO QUINTERO ROSADO, fue reticente al momento de suscribir el contrato de seguro de vida individual modalidad Especial Plus No. 021933757. Y, por tanto, se declare la nulidad relativa del contrato de seguro de vida individual referido, se condene en costas y agencias en derecho.

**2.1.- MEDIDAS CAUTELARES:** Solicitó a su vez medida cautelar innominada consistente en la suspensión provisional del Contrato de Seguro dispuesto en la póliza de vida individual suscrito con el demandante, hasta tanto se resuelva de fondo sobre la declaratoria de nulidad relativa de dicho contrato.

## TRÁMITE PROCESAL

3.- La demanda le fue asignada al Juzgado Civil del Circuito de Chiriguaná Cesar, el que, mediante auto de agosto diez (10) de dos mil diecisiete (2017), la admitió, ordenando, de paso, correr traslado de esta al demandado por el término de veinte (20) días.

4.- **Demandado JHON JAIRO QUINTERO ROSADO:** A través de mandatario judicial, contestó la demanda, expresando frente a los hechos que unos no le constaban y que otros debían probarse. Por ahí mismo se opuso a la

prosperidad de las pretensiones, formulando como excepciones de mérito, *Inexistencia de la Causa de Nulidad del Contrato de Seguro por Reticencia y Mala Fe*. Ambas apuntan a que la demandante falta a la verdad, activando mañosamente los medios judiciales para sustraerse de su obligación de indemnizar el Siniestro acaecido a su prohijado por Incapacidad Total y Permanente derivado de un siniestro acaecido en vigencia del contrato de seguro.

4.1. Seguidamente, presenta en reconvencción contra ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., y a través de dicha solicitud, pretendió que fuera declarada la existencia del Contrato de Seguro de Vida individual, en consecuencia, la aseguradora pague en favor del señor QUINTERO ROSADO por concepto de amparo, la pérdida de capacidad laboral superior del 50% estructurada el 6 de octubre de 2016, junto con los intereses moratorios que predica el artículo 1080 del Código de Comercio.

### **LA SENTENCIA APELADA**

5.- Luego de memorar la génesis del asunto, así como el trámite en reconvencción que se vertió en el debate, inició por mencionar el orden en que discurriría la sentencia, esto es, haciendo una breve descripción del caso y luego del problema jurídico, para finalmente arribar a la declaración de Nulidad Relativa del Contrato de Seguro.

Consideró que las pruebas recaudadas en el curso procesal, permitieron concluir que, el demandado actuó contrario a la buena fe, pues contrastado lo acervado en la historia clínica, con lo afirmado en la declaración de asegurabilidad, se evidenció que cometió reticencia al no manifestar las patologías que venía padeciendo, de las cuales, una de ellas fue soporte para la calificación de invalidez, develando ello la inexactitud en que incurrió el demandado, además que contrató previa a la declaración de incapacidad, varias pólizas de seguros con diferentes compañías, e inclusive presenta tutelas para reclamar ante las aseguradoras utilizando domicilios diferentes, lo que a juicio del *A quo*, desdibuja la ubérrima buena fe en la fase precontractual y contractual.

Así mismo precisó que era improcedente declarar civilmente responsable a la compañía de seguros de pagar la indemnización pretendida en reconvención, no solo por la reticencia en que incurrió el demandante, sino que también se encontraba excluido de cobertura, toda vez que en las condiciones particulares que constituyen el contenido de la póliza, se encontraba exceptuado el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.

## **RECURSO DE APELACIÓN, SUSTENTACIÓN Y TRASLADO**

6.- La sentencia fue apelada por el demandado original, quien manifestó su inconformidad con el fallo y solicitó que en segunda instancia se acogieran las excepciones que él formuló y las pretensiones de la demanda de reconvención.

Con posterioridad a la admisión del recurso de apelación por el Tribunal, esta corporación ordenó que el presente asunto se tramite en segunda instancia conforme al procedimiento previsto en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, concediendo al apelante un término perentorio para que sustente la alzada, al igual que al no recurrente para descorrer el recurso presentado. Ambos allegaron sus escritos dentro del plazo otorgado.

6.1.- DEL RECURSO DE APELACIÓN. Estableció la parte apelante que los reparos concretos del recurso se centran en la indebida valoración probatoria del *A quo* que motivaron la declaración de nulidad por reticencia, sin demostrar palmariamente mala fe de su representado.

Insiste en que la mala fe para los contratos de seguro debe ser demostrada por la entidad aseguradora, que en el *sub lite* simplemente se limitó a transcribir el contenido de las historias clínicas, sin evidenciar la real intención de ocultar la información por el declarante, sumado al hecho que no prestó asesoramiento sobre el tema para diligenciar la declaración de asegurabilidad con pleno conocimiento, lo cual quedó sentado en el interrogatorio de partes absuelto. Alegó además que la compañía aseguradora debe demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro para así enrostrar la aludida reticencia. Al carecer de sustento dicha

relación causal, no puede exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.

Resaltó que la aseguradora goza de una posición dominante, y tuvo acceso a las historias clínicas en la etapa precontractual, con la que pudo corroborar el estado de salud, y por ende conocer el riesgo del posible asegurado, por ello, en virtud al principio de autonomía de la voluntad, pudo abstenerse de suscribir el contrato o emitir una póliza más onerosa, aun así, celebró el negocio jurídico, por tanto, la nulidad relativa que pretende enrostrar la entidad Aseguradora, fue subsanada.

6.2.- DEL TRASLADO AL NO RECURRENTE: Dijo la contraparte que la sustentación del recurso de apelación no tiene fuerza suasoria para que se varíe la decisión tomada en primera instancia, toda vez que, al interior del proceso, se demostró la procedencia de la nulidad relativa de la póliza, conforme a las probanzas que se relacionan:

Antes de suscribir la declaración de asegurabilidad (02 de junio de 2016) el señor JHON JAIRO QUINTERO ROSADO padecía de *i) Trastornos del testículo y el epidídimo, hallazgo de Varicocelle, según registros médicos de fechas 3 de marzo de 2015 y 11 de mayo de 2015, por lo cual fue intervenido quirúrgicamente. Esta cirugía fue confirmada también en la declaración de parte que rindió el señor JHON JAIRO QUINTERO ROSADO en la respectiva audiencia; ii) Esguinces y torceduras de tobillo con anotaciones del 9 de enero de 2015 y 11 de mayo de 2015, iii) Escoliosis no especificada, dorsalgia no especificada y aumento anormal de peso, de conformidad con registros médicos del 4, 6 y 11 de febrero de 2014 septiembre de 2013; iv) Síndrome de abducción dolorosa de hombro con anotación del 14 de septiembre de 2013.* Lo anterior impidió a la entidad efectuar una real evaluación del riesgo y la consecuente decisión de asumirlo bajo condiciones más onerosas o inhibirse de aceptarlo, generando como consecuencia la nulidad relativa del contrato de seguro, máxime cuando la carga de declarar veraz y certeramente el estado del riesgo está en cabeza del asegurado, dado que es él quien está en contacto permanente con el interés que va a asegurar y con los riesgos que lo amenazan.

Por otro lado, reiteró que sí se encontró demostrada al interior del proceso la mala fe del asegurado en la declaración del estado del riesgo, y que la compañía brindó asesoría respecto al producto adquirido, las condiciones aplicables a la póliza de forma anticipada y se le explicó el contenido de la cobertura y exclusiones de la misma.

Resaltó que las sentencias de tutela de la Corte Constitucional invocadas y que fundamentan la alzada, son criterios auxiliares que no constituyen doctrina probable a este tipo de asuntos, siendo vinculante para los operadores judiciales fallar conforme a los principios rectores de la norma sustantiva y adjetiva para el caso que se estudia.

### **CONSIDERACIONES DE LA SALA**

7.- De conformidad con el artículo 320 del CGP, la Sala es competente para resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, únicamente en los reparos concretos formulados por el apelante, sin perjuicio de las cuestiones que deban ser absueltas de oficio. Así mismo, esta providencia es emitida luego de efectuar control de legalidad sobre toda la actuación surtida y constatar que se cumplen todos los requisitos sustanciales y procesales para resolver de fondo.

Igualmente debe indicarse que, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2213 de 2022<sup>1</sup>, se facultó al Juez de Segunda instancia para dictar sentencia por escrito, conforme a lo cual procederá esta Corporación.

Conocidos los reparos que ha formulado el recurrente, se comenzará el estudio pertinente, primero, planteando el problema jurídico, y en segundo lugar se abordará la procedencia de la nulidad relativa del contrato de seguro.

8.- El problema jurídico que ocupa a la sala, se contrae a determinar si acertó el juez de instancia al declarar la nulidad del contrato de seguro de vida individual modalidad Especial Plus No. 021933757 suscrito por la Compañía

---

<sup>1</sup> Artículo 12. APELACIÓN DE SENTENCIAS EN MATERIA CIVIL Y FAMILIA. El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia se tramitará así: (...) Vencido el término de traslado se preferirá sentencia escrita que se notificará por estado. (...)

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. y el señor JHON JAIRO QUINTERO ROSADO, al configurarse la reticencia en la declaración de asegurabilidad por parte de aquel, o si por el contrario, la mala asesoría por parte de la compañía produjo el ocultamiento de información sin que pudiera predicarse mala fe por parte del demandado, y por ende, la real ineficacia del contrato, siendo así procedente el amparo y pago de la póliza de vida objeto de estudio.

Apuntan los reparos efectuados por la parte apelante en cavilar la fundamentación jurídica y suasoria del juzgador en primera instancia al considerar configurada la reticencia e inexactitud en la que supuestamente incurrió el asegurado. Siendo necesario centrar el estudio de esta instancia, no solo en la normativa legal de la materia, sino develar sí, del material probatorio se vislumbra un comportamiento reticente, y por tanto viable para declarar la nulidad relativa del contrato.

Sea lo primero decir que, en materia de contratos, la nulidad obedece a una irregularidad que afecta su validez y puede dar lugar a la extinción de las obligaciones que de él nacieron, cuando al acto le faltan algunos de los requisitos que la ley prescribe para su valor legal según su especie o calidad, pudiendo ser absoluta o relativa. El contrato de seguros como acto jurídico también se gobierna por estas instituciones, y tratándose de la nulidad relativa una de sus aplicaciones, se relaciona en forma esencial con la fase precontractual, de modo que cuando aún no ha nacido el contrato a la vida jurídica, al hallarse las partes en las tratativas para su celebración surgen cargas u obligaciones para las partes, tales como declarar con sinceridad el estado del riesgo, por tratarse de actos determinantes o incidentes con la celebración del contrato.

Precisamente el artículo 1058 del Código de Comercio colombiano, dispone que el tomador y/o asegurado *“está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”*.

Ciertamente del supuesto normativo se desprende que le asiste el deber al tomador de proporcionar información fidedigna respecto al estado del riesgo, luego sí falta a su deber de transparencia, vicia el consentimiento de la compañía de seguros, pues conduce a la aseguradora a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que verdaderamente existen, de modo que sí hubiera conocido la realidad, se habría abstenido de su celebración o habría convenido condiciones diferentes o estipulaciones más onerosas.

Con relación a la reticencia, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, ha construido criterios para atender al interrogatorio de sí la justificación de la reticencia o inexactitud, sin más, es suficiente para decretar la nulidad relativa o implica demostrar algo adicional, mencionados en reciente sentencia CSJ SC3791-2021:

*1. Buena fe. [L]a buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida<sup>2</sup>. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecucional de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. (...). 5. La obligación de hacer una*

---

<sup>2</sup> COLOMBIA, CSJ. SC Sent. del 15 de marzo de 1944, del 12 de diciembre de 1955, del 23 de septiembre de 1974, del 11 de marzo de 2004; del 13 de julio de 2005; y del 30 de junio de 2011.

*interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela. (subrayado fuera del texto original)*

En síntesis, la reticencia equivale al ocultamiento de información en el contrato de seguro de vida; que propuesta como objeción a la reclamación o como excepción de fondo en la acción judicial por parte de la aseguradora, equivale a la nulidad relativa. De tal modo que para que se configure la nulidad relativa del contrato de seguro y sea declarada por la autoridad judicial deben demostrarse, no basta reunir los elementos distinguidos por la doctrina tradicional, a saber: (i) *la existencia de la reticencia y/o inexactitud sobre hechos o circunstancias que rodean el riesgo; (ii) que eran conocidas por el asegurado, y, (iii) que la aseguradora de haber conocido esos hechos o circunstancias se hubiera retraído de celebrar el contrato o habría estipulado condiciones más onerosas.* Sino que se ha cargado obligaciones de indagación, verificación y “pesquisa”<sup>3</sup> sobre el estado del riesgo, de tal forma que luego no puede alegar nulidad, ello cimentado en que su posición dominante le permite tomar una conducta activa en la fase precontractual por tener a su alcance los medios para establecer la certidumbre de la declaración del estado del riesgo, pues son las compañías de seguros, expertos en la materia y actúan ante usuarios que desconocen el tema. La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, como de excepción.

Se tiene entonces desde la hermenéutica realizada por el órgano de cierre de la jurisdicción civil que, no toda omisión del tomador puede ser considerada como reticencia, porque compete a la aseguradora como obligación de hacer, tomar las medidas conducentes para comprobar la información suministrada.

9.- En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para sacar avante su pretensión de ineficacia en el contrato suscrito, alegando la figura de reticencia, deberá demostrar inicialmente, la mala fe al celebrar dicho negocio jurídico, carga que en el presente caso fue atendida, como se pasa a explicar.

---

<sup>3</sup> COLOMBIA, CSJ. SC. Sent de 26 de abril de 2007. “*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.*”

En declaración de asegurabilidad de fecha 2 de junio de 2016 realizada por el señor JHON JAIRO QUINTERO ROSADO, negó padecer o haber padecido todas las enfermedades, circunstancias o eventos allí relacionados, contraste a ello, en antecedentes clínicos de las historias del 23 de agosto de 2016 se dejó consignado por la Clínica del Comportamiento Humano que, en abril de 2016 *“se practicó RMN [Resonancia magnética] de columna lumbar en la Clínica CEDIMAC, donde fue atendido por el Dr. Alejandro Zuluaga (...)”*, y la del 22 de octubre de 2016 en la Fundación Instituto de Salud Mental del Caribe refiere el galeno que, en el mes de marzo de ese año, *“comenzó a presentar dolor lumbar y posteriormente cervical, demostrando a través de las evoluciones que presentaba Trastorno de los Discos Intervertebrales Cervicales y Lumbares, así como patologías degenerativa de la cintura escapular izquierda.”*

Considerándose así, comprobada a través de su historia clínica, diversas patologías de orden lumbar, psicológico y psiquiátrico preexistentes a la póliza, que no solo conocía, sino que además venía siendo tratadas, por tanto, debió sinceramente declararlas, pues al no hacerlo incurrió en reticencia. Pues se destaca que, en aquella declaración arrimada al dossier, el tomador del seguro con anterioridad a la suscripción del contrato, era tratado a causa de “dolor lumbar”, a pesar de lo cual, al responder el cuestionario puesto a consideración por la aseguradora, negó padecimientos o enfermedades relacionadas con los huesos y las articulaciones, así mismo, denegó eventos relacionados con los órganos renales y/o genitourinarios, cuando en valoración clínica del año 2015, se diagnosticó trastornos del testículo y del epididimo.

Ahora bien, con relación a las actuaciones positivas de la entidad aseguradora para con su deber de información a quien será beneficiario del seguro, esta fue corroborada por Eli Yojana Ortega, quien en su declaración testimonial mencionó que brindó ayuda al demandante en el diligenciamiento de la declaración del estado del riesgo, inclusive, tenía el señor Quintero Rosado la oportunidad de manifestarlo en la casilla “cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior”, guardando silencio frente a este.

Lo hasta aquí discurrido permite entrever que, contrario a lo que insiste el recurrente, la aseguradora desplegó las medidas conducentes para que el tomador elaborara una declaración de asegurabilidad con elementos de juicios que dieran luces de circunstancias determinantes del estado del riesgo, aun así, incurrió en las inexactitudes enrostradas por la aseguradora, y en razón a ese comportamiento reticentes era viable la declaración de nulidad relativa acogida por el juez de primera instancia.

10.-Pese a lo anterior, y en atención a las reglas fijadas no solo por la jurisprudencia constitucional, sino por la posición recién establecida por la Sala de Casación Civil citada en precedencia, debe tenerse en cuenta que, si bien el beneficiario diligenció con información distinta a la contenida en su historia clínica, ello per se, no implica, mecánicamente, la configuración de la nulidad relativa del negocio, pues debe estar demostrado fehacientemente la conexidad de las enfermedades padecidas precontractualmente con el siniestro y la mala fe, ambos aspectos fueron comprobados en contienda.

Para la época de la celebración del contrato, el estado del riesgo respecto a los padecimientos médicos del tomador que dan cuenta las historias del 23 de agosto y 22 de octubre de 2016 atrás referidas, son los mismos que, en razón a su evolución médica, dieron origen a la estructuración de la pérdida de capacidad laboral con fecha de 6 de octubre de 2016, acaeciendo el siniestro de Incapacidad Total y Permanente del asegurado.

Nótese que el dictamen de PCL emitido por COLPENSIONES de fecha 16 de junio de 2017, lo que empezó como un dolor lumbar referido por el demandante en el mes de marzo de 2016, y valga resaltar, no informado en la declaración del riesgo ante la compañía, gestaba sendas patologías, como lo fueron cervicalgia, lumbociatalgia, trastorno de disco cervical y lumbar, arrojando una calificación pérdida de capacidad del 53.35%, como se lee de la sustentación para emitir veredicto en materia de salud laboral del señor Quintero Rosado.

En esa misma línea, para declarar la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado, debe la compañía de seguros evidenciar diligencia al momento del acuerdo, y pese al control efectuado por esta, se deviene el

engaño del tomador al esconder su estado de salud. Tal situación se predica del caso de marras, la compañía demostró con el testimonio rendido por la asesora Eli Yojana Ortega, que, en el formulario de asegurabilidad, detalló el contenido del cuestionario al señor Jhon Jairo, haciendo hincapié en su deber de manifestar sí había tenido alguna de las circunstancias allí descritas, a lo cual el demandante aseguró que no.

Genera suspicacia cómo en tan solo 4 meses después de suscribir el contrato de seguros, esto es, 6 de junio de 2016, y la estructuración de la invalidez, 6 de octubre del mismo año, pudo acaecer el riesgo sin que mediara una circunstancia,<sup>4</sup> entiéndase enfermedad o accidente de cualquier origen, que agravara los leves malestares que padecía el demandante. Las reglas de la experiencia en materia de previsiones por invalidez, reforzadas por la literatura médica, han enseñado que la pérdida de capacidad laboral se estructura cuando una persona pierde un grado o porcentaje de sus habilidades y/o destrezas de orden físico o mental, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos.<sup>5</sup> Siendo esto cierto, para que en poco tiempo se haya concretado el riesgo de Incapacidad Total y Permanente, significa ello que la omisión de la información, perseguía un beneficio con la declaración de invalidez que vislumbraba.

Lo anterior cobra mayor fuerza con la decisión de tutela de fecha 21 de febrero de 2018 proferida por el Juzgado Penal del Circuito de Chiriguaná, traída al debate, providencia en que el señor Quintero Rosado pedía la protección a su derecho fundamental al mínimo vital aparentemente vulnerado por la aquí demandante, al abstenerse de pagar la indemnización derivada del seguro de vida. Aun cuando el mecanismo de amparo fue declarado improcedente, llamó la atención al juez constitucional como el señor Jhon Jairo había accionado en otras oportunidades a diferentes compañías de seguros con las mismas pretensiones, a Seguros de Vida del Estado bajo el radicado No.2027-00456, y contra ese mismo adelantaba proceso verbal de menor cuantía en los

---

<sup>4</sup> Condición de salud o problemas relacionados con la salud, incluyéndose las categorías de enfermedades, o accidentes.

<sup>5</sup> Decreto 1507 de 2014 por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional.

homólogos de esta urbe, empleado a su vez diferentes domicilios con el fin que los jueces constitucionales, bajo su discrecionalidad estudiaran y sacaran avante sus aspiraciones.<sup>6</sup>

Lo anterior deja entrever que el enjuiciado tenía intenciones de ocultar su estado de salud para evitar cambios contractuales o sacar ventaja en esa relación jurídica, por tanto, no yerra el juez de primera instancia al encontrar probado por el extremo activo actuaciones de su contraparte tendientes a predicar un quebrantamiento a la lealtad contractual.

11.- Para finalizar el estudio, se considera oportuna mencionar en cuanto a la realización del examen médico en el marco de la solicitud de seguro de vida como medio para llegar al conocimiento de toda la información del estado de salud, esta no es una imposición de carácter legal y por tanto puede presidirse, se parte de la base que el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, y es ese el espíritu que persigue el artículo 1156 del Código de Comercio al señalar *“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”*

Con soporte en las anteriores premisas es irrefutable el advenimiento de la nulidad propuesta por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., declarada así por el A quo, frente a lo que se colige que carecen de mérito los argumentos del apelante para quebrar la decisión adoptada, el cual quedará impoluto en cuanto a las condenas impuestas en el mismo. Dispondrá la Sala, ante el fracaso de la alzada, condenar en costas en esta instancia, por un valor de dos (2) SMLMV, las cuales serán liquidadas de forma concentrada por la primera instancia.

De conformidad con los argumentos esbozados se confirmará la sentencia apelada atendiendo, además, las razones expuestas en esta instancia.

---

<sup>6</sup> Análisis del caso en concreto de la Sentencia en segunda instancia proferida el 21 de febrero de 2018, por el juzgado penal del circuito de Aguachica radicado 2017-00550.

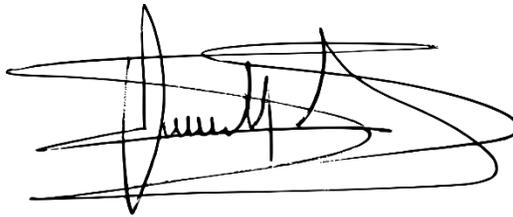
## DECISION

Por lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil - Familia – Laboral, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la sentencia proferida por el Juzgado Civil del Circuito de Chiriguana - Cesar, el 12 de diciembre de 2018, por las razones expuestas en la parte motiva de esta decisión.

COSTAS como se dejó visto en la parte motiva.

Devuélvase el expediente al juzgado de origen una vez cumplidos los trámites propios de esta instancia. Déjense las constancias del caso en el sistema justicia siglo XXI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



**ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ**

Magistrado Ponente



**JHON RUBER NOREÑA BETANCOURTH**

Magistrado



**HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA**

Magistrado

