



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

REF. *Proceso Verbal Declarativo*

RADICACIÓN No. 20001-31-03-005-2016-00220-01

DEMANDANTE. *Alonso Becerra Arévalo*

DEMANDADO: *Seguros de Vida del Estado SA*

MAGISTRADO PONENTE

ALVARO LOPEZ VALERA

APELACIÓN DE SENTENCIA

Valledupar, noviembre diecinueve (19) de dos mil veinte (2020)

FALLO:

La Sala Civil - Familia - Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, dentro del presente proceso declarativo verbal adelantado por ALONSO BECERRA ARÉVALO contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO SA, con fundamento en las medidas legislativas adoptadas por el Gobierno Nacional mediante Decreto 806 del 4 de junio de 2020 en su artículo 14, procede a resolver de manera escritural el recurso de apelación interpuesto por la activa, contra la sentencia proferida dentro de la audiencia llevada a cabo el veintitrés (23) de junio de dos mil diecisiete (2017) por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar.

ANTECEDENTES:

Alonso Becerra Arévalo, presentó demanda Verbal Declarativa, contra Seguros De Vida del Estado SA, para que se declare la responsabilidad Civil Contractual de la demandada, en consecuencia

se le condene a pagarle la póliza de vida No. 49-80-1000000056, correspondiente a la suma de Cien Millones de Pesos (\$100.000.000), con ocasión de la pérdida de su capacidad laboral del 96%, que le fue establecida por la UT Región Norte; y además al pago de los intereses moratorios, y de las costas, incluidas las agencias en derecho.

HECHOS:

En síntesis exponen que el señor Alonso Becerra Arévalo, el día 24 de julio de 2014, adquirió la póliza de vida No. 49-80-1000000056 con Seguros de Vida del Estado SA, por valor de \$100.000.000, la cual le amparaba entre otros riesgos, los de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE y ENFERMEDAD GRAVE, y que posteriormente, el 21 de abril de 2015 fue calificado por la Fundación Médico Preventiva UT Región Norte, con una pérdida de capacidad laboral del 96%, con fecha de estructuración de la misma fecha, en atención a las patologías de “TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, MIALGIAS, SINDROME DE COLON IRRITABLE Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTRES, siendo eso por lo cual, el 11 de junio de 2015, le solicito a la empresa que ahora está demandando el pago de los valores asegurados; sin embargo, dicha solicitud le fue negada con fundamentada en haber el mismo sido reticente en su información, por no haber declarado sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, al momento de su inclusión en el contrato de seguro individual de conformidad con lo establecido en el Art. 1058 del Código de Comercio, puesto las enfermedades que dieron origen a su pérdida de capacidad laboral, eran padecidas con anterioridad al ingreso a la póliza y no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

ACTUACION PROCESAL:

Por reglas de reparto, el conocimiento de esta demanda correspondió al Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar, el cual la admitió mediante auto del 23 de noviembre de 2016, y dispuso la notificación de la misma a la demandada.

Una vez notificada la demandada en debida forma, la demandada a Seguros De Vida del Estado SA, por conducto de su representante legal, procedió a contestarla de manera oportuna, por su apoderado, exponiendo no asistirle a esa empresa responsabilidad en el presente asunto, bajo la premisa que la reclamación efectuada por el demandante respecto a la afectación de la póliza No. 1000000056 fue analizada y valorada conforme a los parámetros legales que rigen el contrato de seguro en mención, y objetada luego de comprobar que el señor Alonso Becerra Arévalo antes de suscribir la declaración de asegurabilidad ya había sido diagnosticado entre otras con trastorno de ansiedad generalizada, estrés laboral y colon irritable, y la falta de declaración sincera del estado de riesgo produce la nulidad relativa del contrato de seguro, del cual se reclama su cumplimiento.

En su defensa la demandada propuso las excepciones de i) RETICENCIA E INEXACTITUD ESTABLECIDA EN EL CODIGO DE COMERCIO, en el entendido que el demandante Alonso Becerra Arévalo al momento de diligenciar el cuestionario de salud para suscribir la póliza de seguros ocultó sus patologías de larga evolución y su deteriorado estado de salud, pese a serle conocidos al momento de solicitar el seguro, en consecuencia es reticente, y esa omisión como se sabe es sancionada por la legislación comercial. Arguye que frente a la declaración de asegurabilidad, el demandante manifestó no padecer, enfermedades del corazón, cáncer, presión arterial, diabetes, enfermedades neurológicas, enfermedades hepáticas, riñones o pulmones. Seguidamente refiere que al demandante se le

preguntó si tenía o había tenido enfermedades diferentes a las antes enunciadas por las que estuviera recibiendo o hubiese recibido tratamiento médico que le impidieran desempeñar las labores propias de su ocupación al momento de suscribir el contrato de seguros, ante lo cual respondió de forma negativa, eso que a la luz del artículo 1058 del C de Co, evidencia una inexactitud o reticencia del asegurado al ocultar su verdadero estado de salud, puesto a pesar de la pregunta directa sobre cuáles de las enfermedades relacionadas padecía, prefirió guardar silencio generando con ello la nulidad relativa del contrato de seguro, cuyo cumplimiento se reclama mediante la presente demanda; ii) EXCEPCION DE INCUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, bajo el argumento de que el dictamen de pérdida de capacidad laboral mediante el cual se pretende afectar la póliza fue realizado por la UT Región 5, bajo los parámetros del régimen especial del magisterio, y de ahí que la misma solo se deba tenerse en cuenta para el desempeño de la actividad laboral del demandante como docente; y, iii) EXCEPCION DE LIMITE DE RESPONSABILIDAD Y GENERICA.

A través de auto del 16 de marzo de 2017, el juez de conocimiento fijó el 22 de junio de 2017, para llevar a cabo la audiencia prevista en el artículo 372 del código general del proceso, misma que se inició, se suspendió, y continuó de conformidad con lo establecido en el artículo 373 del CGP el día 23 de junio, en la que se dispuso proferir la respectiva sentencia.

FUNDAMENTOS DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

A través de la sentencia ahora cuestionada, el juez declaró probada la excepción de RETICENCIA E INEXACTITUD ESTABLECIDA EN EL CODIGO DE COMERCIO propuesta por Seguros De Vida Del

Estado SA, y por consiguiente negó las pretensiones de la demanda; tras considerar que el demandante Alfonso Becerra Arévalo faltó a la verdad al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad dado que presentaba una patología de más de cinco años de evolución que se agudizó en el año 2014, hecho que de conformidad con lo establecido en la legislación comercial vicia de nulidad relativa el contrato de seguro suscrito entre las partes.

Inconforme por lo decidido, la apoderada judicial de la parte demandante, procedió a presentar recurso de apelación contra la misma.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO DE APELACION

El demandante a través de su apoderado judicial manifiesta su inconformidad, al hecho de que el a-quo refiera en su providencia que él incurrió en reticencia e inexactitud en la declaración de asegurabilidad al momento de suscribir el contrato de seguro, contrariando con ello la línea jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, que dispone que además de exigirle al tomador buena fe al momento de ingresar a una relación contractual, es deber del asegurador aplicar las medidas pertinentes para constatar la veracidad de lo contratado.

Arguye, que de conformidad con lo establecido en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, las sanciones de nulidad relativa no aplican cuando el asegurador antes de celebrar el contrato ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado el contrato se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Que la aseguradora al momento de suscribir el contrato de seguro contaba con el termino de quince (15) días para decidir si aceptaba o no al asegurado, tiempo durante el cual estaba facultada para

solicitar la historia clínica del asegurado Becerra Arévalo, de ahí que se tengan por desvirtuados los hechos alegados por la demandada.

Concluye el recurrente manifestando, que no existe prueba dentro del proceso de la cual se vislumbre la reticencia declarada por el juez de primera instancia; y contrario a ello asevera que él no faltó a su deber de declarar su verdadero estado de salud al momento de suscribir el contrato de seguro, y que la única negligente fue la compañía de seguros demanda, al omitir su deber de verificar el estado de salud del asegurado, razón por la cual solicita a este tribunal revocar en su integridad la sentencia de primera instancia y en su lugar conceda las pretensiones de la demanda.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

PARA RESOLVER:

En los términos del recurso de apelación propuesto por la demandada, contra la sentencia de primer grado, surge que el problema jurídico puesto a consideración del Tribunal, se contrae a establecer si es acertada la decisión del a quo al declarar probada la excepción denominada inexactitud de la declaración y reticencia propuesta por la aseguradora demandada, o si por el contrario, su actuación no fue de esa manera, puesto que como se propugna en el recurso, la actuación del demandante al momento de suscribir el contrato de seguros se hizo con la buena fe que rigen los contratos y entonces al no encontrarse demostrada dicha excepción, hay lugar a declarar la responsabilidad civil contractual de la demandada y con ello el pago de las condenas solicitadas por el demandante.

La solución que viene a ese problema jurídico es la de declarar acertada la decisión del juez de primera instancia, toda vez que del material probatorio allegado al proceso es posible concluir, al confrontarlo con la normatividad que rige el tema y la jurisprudencia, que la excepción propuesta por la aseguradora demandada está

llamada a prosperar, por lo que no le queda a este tribunal, otra alternativa que la de confirmar la decisión adoptada por el Juez de primea instancia.

El contrato de seguros tiene por substrato esencial, revelar un pacto en el cual uno de los contratantes denominado el tomador, traslada hacia el patrimonio del otro, llamado el asegurador, los riesgos que pesan sobre un interés específico y puntual, y este los asume a cambio del pago de un precio llamado prima. Las características medulares de esa clase de contratos, se encuentran establecidas en el art. 1036 del código de comercio, que dice “El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”.

Una vez perfeccionado dicho contrato, fluyen obligaciones a cargo de los contratantes, las cuales son, para el asegurado o tomador, la obligación de pagar puntualmente la prima o precio del seguro, en los términos acordados en el contrato, y para el asegurador, la de hacer efectiva una indemnización, de llegar a ocurrir el siniestro definido en el pacto contractual.

El artículo 1058 de Código de Comercio, en su parte pertinente, dispone al respecto que:

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

Dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, puesto esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, como quiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no solo eso, sino que contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.

Así las cosas, en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumenta en grado superlativo, puesto como ha dicho la Corte, en materia de este negocio jurídico, la protección de las partes que concurren a celebrarlo requieren el máximo de transparencia posible, de modo, que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera, un contratante no puede quebrantar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal viene a estar asociada a la intimidad del asegurado¹.

En suma, la cabal estimación de los riesgos que habrá de cubrir el contrato de seguro, la decisión del asegurador de celebrarlo y aún la de liquidar la prima correspondiente, obedece prioritariamente, en palabras de la Corte, a las declaraciones que al respecto asiente el tomador, quien, en tal virtud, “ha de decir todo lo que sabe”, de modo

¹ (sent. Cas. Civ. de dic. 19/2005, exp. 566501).

que la lealtad, exactitud y esmero de este en el cumplimiento de ese deber resultan indispensables para el anotado fin, a la vez que la trasgresión de las señaladas reglas de conducta aparejan consecuencias de diverso orden, entre ellas la de afectarlo de nulidad relativa.

Pero además de ello, el contrato de seguros revela una arista sui generis en relación a los demás pactos negociales, y se trata, de que el elemento de la buena fe tiene una incidencia preponderante en esa clase de contratos. La razón es elemental: las condiciones exactas de riesgo del asegurado son las que llevan al asegurador a definir si contrata o no, por ende, la sinceridad de aquél en la información en torno a esas condiciones – que solo él conoce, reviste aquí una trascendencia fundamental.

En armonía con esa trascendencia que en el contrato de seguros tiene el elemento de la buena fe, en efecto el art. 1058 del código de comercio, exige de manera perentoria y terminante al asegurado, una absoluta sinceridad en su declaración en torno a las condiciones de riesgo, puesto de lo contrario, vale decir, de incurrir en una reticencia o inexactitud de entidad tal que si el asegurador la hubiere conocido no hubiere contratado, el legislador sanciona severamente tal deslealtad, afectando al contrato de nulidad relativa.

Así mismo de no hacerse la declaración con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto, cuando el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Ahora de provenir la inexactitud o la reticencia de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo; no obstante, el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la

prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada, en el contrato represente, respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 ib.

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

Entonces, en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, puesto precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro.

Más aun, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, ha escrutado a espacio el artículo 1058 del Código de Comercio, manifestando que del texto legal aludido se podía deducir que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de

consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas.

No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha indagado para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.

Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”²

Desde esa perspectiva, acto seguido se entrará al análisis de las pruebas en aras de establecer si el actuar del demandante siempre ha estado asistido de buena fe, tal como lo predica en su acto de recurso, o si por el contrario no ha revestido esa característica como lo

² sent. Cas. Civ. de jun. 1º/2007, exp. 00179-01).

consideró en la sentencia de primera instancia el a-quo, al ser eso lo que en su concepto se deduce al confrontar su “declaración de asegurabilidad” del 24 de julio de 2014, con el dictamen de pérdida de capacidad laboral, que fue rendido con estudio previo de la historia Clínica allegada por el ahora actor, ante la UT Oriente Región 5, con esa exclusiva finalidad, y traída al proceso con el carácter de prueba, por haber el mismo ocultado datos relevantes, como que venía padeciendo con cinco (05) años de evolución de trastornos de ansiedad generalizada y colon irritable, misma que obra a folio 132 Cuad Ppal-; proceder ese que mina la validez del contrato e impide acceder a sus pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo, esto con la trascendencia de declarar la nulidad relativa del negocio jurídico.

Para eso importa relieves que la demandada –Seguros de Vida del Estado SA- propuso la excepción de nulidad, con apoyo en que hubo reticencia en el momento en que el tomador y aseguradora se disponían a la celebración del contrato de seguro, para lo cual alegó que, contrariamente a lo declarado por el asegurado Alfonso Becerra Arévalo, con anterioridad a la fecha en que fue suscrita la declaración de asegurabilidad conocía que padecía de otras enfermedades de larga evolución sobre las cuales venía recibiendo tratamiento médico, tales como -trastornos de ansiedad generalizada, mialgias, colon irritable con diarrea, dolores dorsales y en miembros inferiores etc-, enfermedades que si bien es cierto no se encontraban literalmente consignadas en la primera pregunta de la declaración de asegurabilidad, no es menos cierto que en el mismo cuestionario se le indagó por otras enfermedades que estuviera padeciendo y respecto de las cuales viniera recibiendo tratamiento alguno, y ante lo cual respondió que no, como se comprueba a folio 69 del cuaderno número 1.

Pero su versión de asegurabilidad es contraria a lo demostrado a folios 132 y 133 del mismo cuaderno, dado que esas pruebas documentales ponen de presente que como consecuencia de las enfermedades que venía padeciendo el actor, tales como trastornos de ansiedad generalizada, colon irritable, dolores dorsales y en miembros inferiores etc, el día 21 de abril de 2015 fue calificada por la U.T ORIENTE REGION 5, mediante dictamen No. SS-1122-15, con una pérdida de capacidad laboral del 96%, y en ese dictamen se dejó consignado que para dicha calificación se tuvo en cuenta un cuadro clínico de aproximadamente cinco años de evolución, caracterizado por trastornos de ansiedad generalizada, colon irritable con diarrea.

Entonces, con base en ese dictamen, de manera inequívoca se establece que en efecto hubo reticencia del tomador del seguro al hacer la declaración de asegurabilidad, que, repítase, es parte del contrato de seguro, toda vez que como en el mismo consta que esa calificación de pérdida de la capacidad laboral tiene como fundamento un cuadro clínico de aproximadamente cinco años de evolución, caracterizado por trastornos de ansiedad generalizada, mialgias, colon irritable con diarrea, y a la vez está demostrado a través del dictamen de pérdida de capacidad laboral en donde se consigna que fue allegada la historia clínica del demandante donde además se advierte que esos padecimientos se les venían tratando medicamente, nada impide concluir válidamente que mal podía desconocer esos padecimientos o enfermedades al momento de esa declaración, eso por lo cual se considera que al no suministrarlos como le era de rigor hacerlo, que deliberadamente ocultó información importante sobre su estado de su salud.

Ahora no se puede desconocer que ese aspecto resultaba relevante para la aseguradora, al no ser otro su interés al indagar sobre ese

estado de salud, el compilar datos importantes para con soporte en los mismos poder calificar la intensidad del riesgo, y de esa manera poder establecer un margen de probabilidad de ocurrencia del siniestro, actuación con respecto a la cual no pueda atribuírsele negligencia a la aseguradora demandada, por no haber procedido a comprobar antes ese estado de salud, puesto la asegurada es la fuente privilegiada de información completa y veraz sobre sus circunstancias personales de su salud, el que sin duda constituyen el estado del riesgo y por tanto influye de manera determinante en el consentimiento del asegurador, al punto que de no ser bueno, pueden llevarlo a desistir del otorgamiento del amparo, o a que eso influya en el cálculo de la prima.

Entonces con base en lo dicho en precedencia, se considera que la decisión del Juez de primera instancia fue acertada, cuando declaró probada la excepción de Reticencia e Inexactitud en la declaración establecida en el código de comercio, partiendo del hecho comprobado de que el demandante y tomador de la póliza de seguros tenía pleno conocimiento del estado de salud en el que se encontraba al momento de suscribir el remencionado contrato de seguros, dicho argumento resulta acertado por este Tribunal, como se puede establecer al confrontar las pruebas documentales antes singularizadas con la normatividad que regula ese puntual tema, habida cuenta que la conclusión válida que se puede obtener es que en realidad el asegurado en su declaración no suministró su conocimiento que tenía respecto a las enfermedades que padecía al momento de suscribirla, y en esas condiciones ese proceder suyo lesiona grandemente el principio de buena fe, que constituye uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, por haber tenido incidencia para que el asegurador ingresara al ámbito comercial en estado de ignorancia, llevándolo a contratar sin que existiera una información que con total

fidelidad le debe suministrar el tomador, que en este caso también resultó ser la asegurada.

Es por eso que inexorablemente surgen aplicables las sanciones previstas, para esa conducta desprovista de buena fe en la asegurada, al ser inexacta o reticente en su declaración de asegurabilidad, específicamente la de declaración de nulidad relativa del contrato de seguro, si se tiene en cuenta además, que no está demostrado que la aseguradora, antes de celebrarse el contrato hubiera conocido los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o que ya celebrado el contrato, se hubiera allanado a subsanarlos o los hubiera aceptado expresa o tácitamente.

En un caso similar la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil NÚMERO DE SENTENCIA O RADICACION: Expediente 73001310300042004- 00037-01 del 13 de febrero de 2008. MAGISTRADO PONENTE: Jaime Alberto Arrubla Paucar:

... Al decidir un caso donde el tomador suscribió una póliza de seguro de vida con la compañía ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A. y tras el fallecimiento del tomador los beneficiarios presentaron solicitud de indemnización ante la aseguradora, y esta objeto la reclamación aduciendo reticencia ya que, al momento de diligenciar la solicitud el asegurado manifestó que no había padecido de afecciones al cerebro o del sistema nervioso, ni sufrido algún otro quebranto o accidente de especial cuidado y objeto de cirugía, como tampoco que hubiere estado en observación o tratamiento médico, menos practicado electrocardiogramas, radiografías u otro examen para diagnóstico hospitalización o intervención. Empero antes de ingresar a la póliza de seguro, el tomador asegurado presentaba antecedentes de hipertensión arterial y era fumador de un paquete de cigarrillos al día, bebedor frecuente y consumidor crónico de cocaína, síndrome depresivo y arritmia cardíaca, expuso que, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador del seguro en virtud del principio de buena

fe, tiene el deber de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo, con independencia de que la aseguradora lo constate y en el caso de que la declaración esté sujeta a un cuestionario determinado, el tomador no queda librado de consecuencias adversas frente a inexactitudes o reticencias en que haya incurrido. Señaló la Corte en esa sentencia que cuando se encuentra involucrado el derecho a la salud, se supone que el tomador lo sabe todo, es la fuente principal de la información razón por la cual en la formación del contrato de seguro, se encuentra compelido a obrar con el máximo de transparencia posible y que en el caso en concreto el tomador se guardó hechos relevantes, puesto al contestar el cuestionario, dado que no informo su adicción al alcohol, al cigarrillo y a la cocaína y que para imponer la sanción de nulidad relativa, no era necesario demostrar que la enfermedad preexistente no declarada tuviera algo que ver con la causa del deceso.

Ahora, para averiguar la importancia que tenía para la aseguradora indagar el estado de salud de la tomadora, solo es menester resaltar que en el formulario reposa la pregunta No. 2 que en su tenor literal, en este sentido, diga “si ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a la enunciada en la pregunta No. 1” (fl. 100 c.1); circunstancia por sí reveladora de que esa información era absolutamente relevante. El curso natural de las cosas indica que si la aseguradora indagaba por el estado de salud del demandante, es porque la suerte de la concesión del amparo también dependía de ese dato. En suma, el profesional del seguro no indaga por datos irrelevantes, ni tiene la carga de probar que lo eran, como equivocadamente lo predica el recurrente.

Entonces, la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, los cuales tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los

contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, esta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro³”.

Así las cosas, y por no prosperar el recurso interpuesto, se confirmará en su integridad la sentencia apelada proferida el 23 de junio de 2017 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de esta ciudad, y por consiguiente se condenará en costas a la parte demandante. 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.

Por lo anterior,

La Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: *CONFIRMAR la sentencia apelada de fecha y procedencia conocidas.*

SEGUNDO: *Condénese en costa al recurrente. Fíjense como agencias en derecho la suma de un (01) SMLMV, concepto que incluirá el Juzgado de primera instancia, conforme lo dispone el artículo 366 del C. G. del P., en la liquidación de costas.*

³ LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en sent. Cas. Civ. de nov. 30/2000, exp. 5743 y de jul. 19/2005, exp. 5665-01)

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

Esta decisión se adoptó en sala virtual de la fecha, en atención a la medida que el Consejo Superior de la Judicatura dispuso en Acuerdo PCSJA20-11521 del 19 de marzo de 2020, relativa al trabajo en casa, por motivos de salubridad pública y fuerza mayor, ante la presencia de la pandemia provocada por la enfermedad conocida como COVID-19.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE



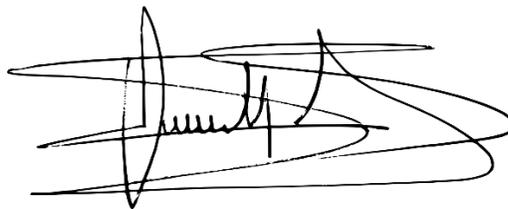
ALVARO LOPEZ VALERA

Magistrado Ponente



JESUS ARMANDO ZAMORA SUAREZ

Magistrado.



OSCAR MARINO HOYOS GONZALEZ

Magistrado