



WILCHES ABOGADOS

Honorable

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR SALA CIVIL- FAMILIA- LABORAL**  
**M.P. ÒSCAR MARINO HOYOS GONZÀLEZ**

Despacho

Referencia: Verbal 2018 – 00062-01  
Demandante: Allianz Seguros de Vida S.A.  
Demandado: Haner Mattos Guerra.

SIGIFREDO WILCHES BORNACELLI, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.205.760 de Barranquilla y portador de la Tarjeta Profesional de Abogado No. 100.155 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado especial de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., de manera respetuosa y dentro del término legal, me permito sustentar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia de fecha 21 de junio de 2019 proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Valledupar.

Los fundamentos son los siguientes:

El despacho de origen en la parte resolutive de la sentencia niega las pretensiones de la demanda, fundándose para ello en que el demandado, no tenía buen estado para trabajar y así se lo hizo saber a la aseguradora.

Frente a ello y si bien es cierto que en el cuestionario de asegurabilidad ante la pregunta de si ¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad para trabajar? El demandado contestó NO, también lo es que al ser una respuesta compuesta, debió escribir el por qué hace tal afirmación.

Lo anterior se fundamenta en que a renglón seguido a la anterior pregunta, encontramos la siguiente:

“Si su respuesta en NO especifique: . \_\_\_\_\_”.

Como se puede apreciar en el cuestionario, el señor Mattos no diligenció esta pregunta, motivo por el cual, se entiende que no existía una condición o enfermedad que le menguara o afectara su buen estado de salud o capacidad para trabajar.

Si así fuere, estaba obligado el demandado a diligenciar ese espacio, para que con ello, mi representara determinara con total certeza si efectivamente no contaba con plenas capacidades.

Como lo dijimos con anterioridad, la pregunta donde el señor Mattos contestó NO, es compuesta, motivo por el cual, al no haber diligenciado la siguiente, se entiende que no padece situación alguna que le permita trabajar o afecte su estado de salud.

Y es que no tendría ninguna razón de ser la segunda pregunta, cuyo propósito es determinar con total certeza si la respuesta negativa encuentra justificación o no; verbigracia, puede ocurrir que manifieste que no se encuentra en buen estado de salud, pero que no tenga algo específico que sustente su dicho, motivo por el que, al no especificar de manera concreta el por qué, se entiende que no hay un tema de salud identificado que permita determinar la veracidad de su manifestación.

Esta consideración no fue tomada en cuenta por la juez de primera instancia, quien solo se limitó a examinar de manera escueta y aislada la pregunta y consecuente respuesta.

Ahora bien y de otra parte, no podemos hacer una interpretación de la manifestación del aquí demandado de manera aislada sino en conjunto con las demás respuestas sobre su estado de salud.

Y es que debemos recordar que el señor Haner José Mattos Guerra omitió declarar pese a haber sido interrogado al respecto, sobre enfermedades y antecedentes médicos que había padecido. Así fue como en el punto 7 de la solicitud de seguro de vida individual - "*Declaración de asegurabilidad del asegurado*" - diligenciada por el señor HANER JOSÉ MATTOS GUERRA el contrato de seguro contenido en la Póliza Modalidad ActuAll No. 022047743 vigencia 13 de febrero de 2017 a 12 de febrero de 2018, se le interrogó sobre sus antecedentes médicos, y de forma específica frente a la pregunta "*¿Padece o ha padecido de alguna (s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos?*", respondió NO a cada una de ellas:

1. ¿Convulsiones, trombosis, parálisis u otras enfermedades del sistema nervioso?
2. ¿Ansiedad, depresión u otro trastorno mental?
3. ¿Pulmonares, asma, tuberculosis?
4. ¿Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, valvulopatía?
5. ¿Digestivas (¿úlceras, pólipos, quistes, hernias, colon, cirrosis hepáticas, pancreatitis?
6. ¿Renales y/o genitourinarias (¿próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de Falopio, senos, complicaciones ginecoobstétricas, enfermedades venéreas?
7. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Hepatitis, SIDA-VIH o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno – infecciosa?

8. ¿Diabetes, enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?
9. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones, Lumbalgia Ciática, Artritis, Reumatismo?
10. ¿Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior?
11. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?
12. ¿Ha sido operado u hospitalizado?
13. ¿Piensa hacerse una operación?
14. ¿Le han tomado otros exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?
15. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en este o en embarazos anteriores? En caso afirmativo, adjuntar copia de los controles prenatales completos.

Por consiguiente, al habersele preguntado por enfermedades específicas y una general (10. Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior) y contestar frente a todas que NO, es claro que no podemos pensar que efectivamente el demandado no se encontraba en buen estado de salud o bajo situaciones que afectan su capacidad laboral, como lo hizo el despacho de primera instancia.

En este orden de ideas, no cabe duda que el Juzgado 1 civil del circuito de Valledupar al haber efectuado una interpretación errada y no armónica de todas las respuestas del cuestionario, cometió un yerro al considerar que la aseguradora conocía el estado de salud del demandado y por lo tanto, no decretó la reticencia.

Entonces, es viable decretar la nulidad relativa del contrato de seguro?

La respuesta es sí por lo siguiente:

En primer lugar, es pertinente advertir que en atención a las normas que regulan el contrato de seguro y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia como órgano de cierre de esta jurisdicción, no es obligatorio que las compañías aseguradoras efectúen exámenes médicos para corroborar el estado de salud declarado por el solicitante ni mucho menos la mala fe en su conducta reticente.

Así quedó claro con la sentencia fechada 4 de marzo de 2016, emanada de la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez en el trámite de proceso con radicado No. 05001-31-03-003-2008-00034-01, expuesta en el escrito de la demanda y en la que se exponen los argumentos de los falladores de primera y segunda instancia, que finalmente son también adoptados en sede de Casación y se reiteran las sentencias de 01 de

junio de 2007 y 06 de julio de 2007 en lo esbozado sobre reticencia, buena fe contractual y nulidad relativa del contrato:

“La principal fuente de conocimiento del estado de salud es el propio asegurado, por lo que se justifica «la imposición de un especial deber de conducta para obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga, lo cual le prohíbe callar información relevante que a su disposición se halla y que en condiciones normales no es asequible para el asegurador», lo que se trató en CSJ SC 19 may. 1999, rad. 4923; SC 19 dic. 2005, rad. 1997-5665; y SC 1° sep. 2010, rad. 2003-00400-01.

4

(...)

1.- En la historia clínica de Calderón Ortiz constan «*diversos ingresos*» por varias razones, como «*hipertensión arterial documentada desde el año 2001*» que le fue tratada, lo que corroboró la experticia, concluyéndose que «*faltó a su deber de veracidad e información frente al tipo de enfermedades que se señalaron dentro de los distintos certificados individuales de seguro de vida*», configurándose la reticencia e inexactitud del asegurado.

2.- La intrascendencia de «las enfermedades ocultadas por el tomador» se desecha con apoyo en la referida SC 1° sep. 2010, rad. 2003-00400-01, según la cual «la prosperidad de la excepción de nulidad relativa del contrato no requiere la demostración específica de que la omisión -o la información equivocada- llevaría a la aseguradora a desistir del negocio o a pactarlo en condiciones más onerosas», siendo que la normatividad «reprocha es el actuar antijurídico y perjudicial de caros principios que rigen el contrato de seguro».

(...)

El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 *ibidem* (...) dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la

obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.

(...)

Al respecto la Sala en SC 1° jun. 2007, rad. 2004-00179-01, precisó:

[d]el referido texto legal [artículo 1058 del Código de Comercio] se puede deducir lo siguiente: (...) 4.1. 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 (...) 4.2. 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 inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta 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 (...) 4.3. 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 distingos, 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.

(...)

De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 *id* previene que «[a]unque 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».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia.» (Subrayas fuera del texto original)

Así las cosas, Allianz no se encontraba en la obligación de corroborar el estado de salud del aquí demandado toda vez que era su deber declarar honestamente el estado del riesgo.

Aunado a lo dicho, se fundamenta la sentencia apelada en fallos de tutela, situación que se torna improcedente para justificar su decisión, si tenemos en cuenta que estos:

- Solo producen efectos *inter partes*.
- Carecen de identidad fáctica.
- Son decisiones emanadas de un proceso especial en el que en aras de proteger derechos fundamentales en riesgo se ofrecen mayores garantías y se morigeran las cargas probatorias del asegurado, lo que sin duda alguna constituye un escenario muy distinto al que hoy nos ocupa.

Al respecto es importante citar algunos apartes de la sentencia T-058 fechada 16 de septiembre de 2016:

“3.5.7. En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras –al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas–

deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato. Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro, excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.

**El alcance de dichas providencias se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter partes que por regla general tienen las sentencias de tutela. De ahí que, no puede inferirse per se la existencia de una regla sobre la materia, sobre todo si se tiene en cuenta que en este campo rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes –de acuerdo con el postulado de normatividad de los contratos– cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.**

Por lo anterior, precisamente, es que la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que **las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010 y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012, en los siguientes términos:**

**“Es importante precisar el alcance de lo expresado por la Sala Sexta, pues no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud.** La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.”

Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.

Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar”.”  
(Negrillas y subrayas fuera del texto original)

Ahora bien, si debiéramos aceptar las sentencias de la Corte Constitucional como jurisprudencia aplicable al caso que aquí nos ocupa, es menester indicar que la línea seguida por dicho órgano fue cambiada por medio de sentencia T-660 de 2017 a partir de la cual la Corte Constitucional respecto a los exámenes médicos y la obligación del asegurado al momento de suscribir contrato de seguro resolvió:

*“Así las cosas, lo primero que se advierte por parte de este Tribunal, es que no procede el alegato realizado por el accionante, referente a que no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza.*

*En efecto, la decisión de la aseguradora de limitarse a verificar el estado del riesgo con un cuestionario dirigido a precisar las condiciones de salud del tomador, sin proceder con la práctica previa de exámenes o con la revisión de su historia clínica, se fundamentó en la atribución consagrada en el artículo 1158 del Código de Comercio, cuyo tenor normativo –como ya se explicó– permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida, en desarrollo del principio de autonomía de la voluntad privada, al entender que dicho negocio se fundamenta en los mandatos del principio de la buena fe (CP art. 83), lo que permite confiar en la sinceridad de la declaración realizada.*



*En este orden de ideas, ningún reproche le asiste sobre el particular a la compañía Liberty Seguros, toda vez que su proceder se ajustó a lo previsto en la ley, a partir de las reglas básicas de diligencia, decoro y honestidad que rigen este acto jurídico, tal como lo advirtió esta Corporación en la Sentencia C-232 de 1997.”*

Visto lo anterior, es claro que debe operar en el presente caso el decreto de la nulidad relativa propuesta por lo siguiente:

De conformidad con lo consagrado en el artículo 1158 del código de comercio, *“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.”*

Significa lo anterior que al no encontrarse obligada mi representada Allianz Seguros de Vida S.A. a efectuar exámenes médicos previos a la suscripción del contrato de seguro, situación que efectivamente no se llevó a cabo, si era deber del tomador, señor Haner Mattos Guerra, tal como ordena la norma transcrita, declarar sinceramente el estado real del riesgo.

Sin embargo, lo que si está claro es que el aquí demandado no fue honesto ni sincero al momento de declarar su estado real de salud al momento de suscribir la póliza de seguro, razón más que suficiente para que se aplique la sanción legal establecida como lo es la declaratoria de nulidad relativa del contrato de seguro suscrito.

Pese a lo anterior, de conformidad con el Dictamen de pérdida de capacidad laboral, que cuenta con soporte en el historial clínico del señor HANER JOSÉ MATTOS GUERRA se puede evidenciar que el demandado tenía varios antecedentes médicos que no declaró.

Entonces, si bien para la fecha de suscripción del contrato de seguro de vida individual modalidad EspeciAll Plus contenido en la póliza No. 022047743 objeto de debate, el señor Mattos Guerra no había recibido calificación de pérdida de capacidad laboral, lo cierto es que la reticencia alegada por la compañía consiste en que éste omitió información relevante frente a enfermedades preexistentes lo que indubitablemente vició el negocio jurídico de nulidad.

La palabra “reticencia” es definida por el Diccionario de la Real Academia Española así:

*“1. f. Efecto de no decir sino en parte, o de dar a entender claramente, y de ordinario con malicia, que se oculta o se calla algo que debiera o pudiera decirse.”*

Es por lo anterior, que para el caso que nos ocupa, es irrelevante si la fecha del dictamen de pérdida de capacidad laboral fue posterior al contrato de seguro, pues insisto, lo que se castiga es el incumplimiento de parte del asegurado, de su deber de declarar el estado real del riesgo, llevando así a la compañía a un error en cuanto al riesgo que asumió.

Y es que tal como lo expusimos en nuestro escrito de demanda, tanto los preceptos normativos del contrato de seguro, como la sólida línea jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia en lo que atañe a la reticencia (de la cual es dable resaltar la providencia fechada 4 de marzo de 2016, emanada de la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez en el trámite de proceso con radicado No. 05001-31-03-003-2008-00034-01, en la que se exponen los argumentos de los falladores de primera y segunda instancia, que finalmente son también adoptados en sede de Casación y se reiteran las sentencias de 01 de junio de 2007 y 06 de julio de 2007 en lo esbozado sobre reticencia, buena fe contractual y nulidad relativa del contrato), demuestran que la póliza suscrita por el señor Hanner Mattos Guerra se encuentra viciada de nulidad.

A todo esto debemos sumar la declaración de la doctora Sandra Patricia Burgos Camargo, quien al exponer el conocimiento sobre la historia clínica, manifestó que efectivamente se establece de ella que el comportamiento del aquí demandado fue reticente, aunado a lo que se puede concluir de su mala fe, al conocer los malestares y enfermedades que lo aquejaban pero que nunca manifestó al suscribir el contrato de seguro.

Frente a las enfermedades que este padecía y sus antecedentes médicos, reposa en el expediente la historia clínica, de donde se extrae claramente que estos fueron anteriores a la suscripción del contrato de seguro, de su pleno conocimiento, evidenciándose la mala fe con que actuó el señor Hanner Mattos.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente revocar la sentencia de fecha 21 de junio de 2019 proferida por el Juzgado Primero civil del circuito de Valledupar, y en su defecto, decretar la nulidad del contrato de seguro contenido en la póliza No. 022047743 vigencia 13 de febrero de 2017 al 12 de febrero de 2018.

H. Magistrados,



**SIGIFREDO WILCHES BORNACELLI**  
C.C. 72.205.760 de Barranquilla  
T.P. 100.155 del C.S.J.