Proceso	**Verbal**
Demandante	**Beatriz Elena Correa Vásquez**
Demandado	**Allianz Seguros de Vida S.A.**
Radicado	**05001 31 03 002 2019 00496 01**
Procedencia	**Juzgado Segundo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín**
Instancia	**Segunda**
Ponente	**Juan Carlos Sosa Londoño**
Asunto	**Sentencia 026**
Decisión	**Confirma**
Tema	**Contrato de Seguro**
	Reticencia. De otro lado no desconoce la Sala la existencia de la providencia de tutela en la que el apelante funda la revocatoria del fallo recurrido, en tanto, en su concepto, no existe vínculo o relación de causalidad entre la reticencia, que se itera existió, y el siniestro, pero la lectura juiciosa de la sentencia de SC3791 de 1º de septiembre de 2021 Rdo. 20001-31-03-003-2009-00143-01 permite concluir que se trata, como dijo alguno de los magistrados que aclaró su voto de "*providencias aisladas, en las que, además, no se hace mención a las restantes posiciones de esa Corporación sobre el particular, ni se ofrecen razones para elegir una de ellas sobre las demás*", resaltando que "*en el asunto sub examine resultaba forzoso rememorar completamente las líneas de pensamiento de los órganos de cierre de la jurisdicción civil y constitucional, ya que un análisis fragmentario podría llevar a pensar, improcedentemente, que posturas que son insulares y vacilantes constituyen un precedente consolidado, al que, por vía general, deberían plegarse los funcionarios judiciales.*" "En conclusión, la demostración del «***nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro***», es contraria a la postura que la Sala de Casación Civil ha defendido de

	manera inmodificable en sede de Casación, …de tal manera carecería totalmente de incidencia que las circunstancias agravantes del estado del riesgo que fueron omitidas no hubieran dado lugar al siniestro, pues aún en ese supuesto, la formación del consentimiento del asegurador seguiría viciada, lo que necesariamente afecta la validez misma del vínculo negocial. Expresado de otro modo, la falta de sinceridad en la declaración del estado del riesgo adultera el consentimiento expresado por las partes al celebrar el contrato de seguro, contrariando así uno de los requerimientos que prevé el ordenamiento para obligarse por un acto o declaración de voluntad (artículo 1502-2, Código Civil). De ahí que ese vicio conlleve la nulidad relativa del contrato de seguro, y no una sanción distinta”.

TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLIN

2022-006

SALA CUARTA DE DECISION CIVIL

Medellín, veinticinco (25) de agosto de dos mil veintidós (2022)

Decide el Tribunal el recurso de apelación interpuesto por Beatriz Elena Correa Vásquez frente a la sentencia calendada el 7 de diciembre de 2021, mediante la cual el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín dirimió la controversia en el proceso verbal con pretensión declarativa de Responsabilidad Contractual, que promovió en contra en contra de Allianz Seguros de Vida S.A.

I. ANTECEDENTES

1. En la demanda que obra a folios 1 a 10 del archivo 1, solicitó la parte demandante que se declarara la existencia del contrato de Seguro de vida Nro. 22153200, válidamente celebrado, entre Beatriz Elena Correa Vásquez como asegurada, y la compañía

Allianz Seguros de Vida S.A., como aseguradora. Que fue incumplido por la aseguradora ya que la asegurada se encontraba al día con el pago de la prima e informó de la ocurrencia del siniestro en los términos de Ley. Que como consecuencia del incumplimiento del contrato sea condenada al pago $137.500.000,00 por concepto de 270 días de incapacidad y 5 días de hospitalización a una renta diaria de $500.000, de conformidad a lo estipulado en la carátula de la póliza; e igualmente el amparo por incapacidad, inutilización o desmembración, por enfermedad o accidente, la suma de $200.000.000,00 Teniendo en cuenta el resto de incapacidades que puedan presentarse hasta el momento de dictar sentencia. Además, se peticionó el pago de los intereses moratorios a la tasa máxima desde el día 27 de marzo de 2018, hasta que se verifique el pago total de las coberturas contratadas en la mencionada póliza de vida.

2. En sustento de tales pretensiones, de la demanda se extraen con relevancia los siguientes:

a) Beatriz Elena Vásquez Correa, en adelante la asegurada, reside en el municipio de Andes (Antioquia), en la mencionada municipalidad, trabajaba como persona independiente en un local comercial ubicado en la carrera 50 A # 50-28 local 101, la actividad principal que ejercía mi representada era agencia de turismo.

b) Ases en Riesgos y Scros Arango Roldán Ltda., por los días del mes de septiembre de 2017, contacta a la demandante, ofreciéndole unas modificaciones en cuanto a las coberturas en la póliza de vida que tenía con la Compañía Suramericana. Una vez

escucha la propuesta, decide dejar la póliza preexistente tal como estaba, y contratar otra póliza que le ofrece el asesor de seguros con la compañía Allianz Seguros de Vida S.A. (en adelante la aseguradora), con las siguientes coberturas o amparos: fallecimiento. $300.000.000. incapacidad, inutilización o desmembración, o enfermedad o accidente. $200.000.000. enfermedades graves $50.000.000. renta diaria por hospitalización, e incapacidad por accidente $500.000. asistencia multifamiliar, asistencia de adulto mayor, asistencia de bienestar y salud, es lo que se puede ver en la carátula de la póliza.

c) El día 14 de septiembre de 2017, se celebró el contrato de seguros, acordando que las primas mensuales serían debitadas de la cuenta de ahorros Bancolombia número 10270055505, incluso hay débitos de la prima de fecha 2018-05-08 y otro del 2018-07-12.

d) El 10 de marzo de 2018, la asegurada se disponía a salir de su casa a su lugar de trabajo, "Agencia de Viajes Las Golondrinas" y cuando bajaba las escalas, ya que reside en un segundo piso, uno de sus pies se dobla, se cae y rueda por los escalones. Después del accidente, inmediatamente se dirige hasta el hospital de San Rafael del municipio de Andes (Antioquia), le toman radiografías, pero no fue posible que le dieran un diagnóstico asertivo por mala calidad en las radiografías; allí permaneció durante 5 días hospitalizada.

e) Estando aun hospitalizada, los médicos de la mencionada institución hospitalaria le diagnostican lo siguiente: DX principal. S323-fractura del hueso iliaco, DX. Relacionado 1: S321-fractura

del sacro, DX. Relacionado 2: L299- prurito, no especificado, la dejan en revisión y el día 15 de marzo le dan de alta.

f) Después de hospitalización y el diagnóstico, "XD de fractura de cadera derecha", es incapacitada por un periodo de 15 días contados desde el día 15 de marzo de 2018 día en el que le dan de alta médica, la incapacidad inicial se prorroga por un término igual desde el día 28/03/2018.

g) El día 27 de marzo de 2018, la actora, diligencia el formulario de autorización de pago utilizado por la compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A, hoy demandada, donde solicita la suma de $10.000.000 de pesos como indemnización por los 15 días que llevaba incapacitada y hospitalizada.

h) El día 2 de mayo de 2018, la aseguradora demandada objeta formalmente la reclamación realizada por mi representada, aduciendo que en las historias clínicas de la EPS Biosigno de fecha 11/06/2009, en antecedentes personales HTA Y DPL en tto verapamilo (...) 2 glaucoma (...) 3 Depresión desde los 20 años, fluoxetina 20mg, (...), en 5 ocasiones por depresión en la clínica el Sagrado Corazón por intento de suicidio, fuma desde los 15 años etc.

i) Las patologías relacionadas en las historias clínicas a las que hace alusión la demandada, se refieren a la presión arterial y el glaucoma que es una enfermedad del ojo por presión dentro del globo ocular que causa un daño progresivo; patologías que en nada tienen que ver con el mencionado accidente, y que además fueron informadas al momento de contratar la mencionada póliza. En lo referente al ingreso a la institución Sagrado Corazón fue

hace aproximadamente 41 años por depresión posparto, cuando tuvo el último de sus hijos, nunca por intento de suicidio y solo estuvo hospitalizada en una ocasión, no en 5 como asevera la demandada.

j) Con el fin de demostrar el hecho anterior, decide solicitar las historias clínicas en la institución Sagrado Corazón; el día 22 de enero de 2019, de manera formal responde que las solicitadas historias fueron dadas de baja de conformidad a lo establecido en la resolución 839 de 2017, que establece que las historias clínicas deben de conservarse por el responsable de su custodia por un periodo mínimo de 15 años.

k) En total son 270 días de incapacidad y 5 días hospitalizada a raíz del accidente, con la posibilidad de más incapacidades debido a lo complejo de su lesión.

l) Solicitada copia íntegra del contrato de seguro, mediante comunicado fechado el día 5 de febrero de 2019, la compañía manifiesta que no es posible atender el requerimiento de copia del contrato de seguros Nro. 22153200, por que la póliza no estaba vigente por no pago.

m) El día 6 de agosto de 2018, mi representada cita a la hoy demandada a audiencia de conciliación extrajudicial en derecho, con el fin de llegar a un acuerdo, pero no fue posible, ya que la demandada se sostiene en su posición de no pago.

3. Oportunamente la compañía aseguradora dio respuesta a la demanda reconociendo, en esencia la existencia del contrato de seguro, que la asegurada había omitido información relevante al

momento de la suscripción del contrato de seguro de vida; padecía antes de la celebración del contrato hipertensión arterial, glaucoma y depresión; además, que era una fumadora constante, según la prueba documental que se aporta. Dijo no ser cierto que hubiera informado estas situaciones al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pues la única patología o circunstancia relevante indicada fue la hipertensión arterial. Ahora, de la lectura de la declaración de asegurabilidad, sin lugar a duda, se concluye que omitió información relevante para la compañía aseguradora, pues negó que padecía de glaucoma, depresión y que además consumía cigarrillos de forma frecuente, patologías y circunstancias que sin duda generan riesgos inherentes a la salud y a la vida. Estas omisiones, privaron a la aseguradora de decidir si contrataba o no el seguro o en qué condiciones se contrataba el mismo.

Expresó la aseguradora que no se requiere que exista una relación causal entre la información omitida y la causa de la muerte del asegurado, pues así ha sido reconocido por la doctrina y jurisprudencia vigente y así quedó consagrado en el contrato de seguro. Adicionalmente, es claro que para Allianz Seguros de vida S.A. era necesario y relevante conocer el verdadero estado del riesgo y puntualmente, pues nótese que en caso de contarse con esta información el trámite de expedición del seguro es distinto, tal y como está consagrado en el contrato que es objeto del presente litigio. Por último, no se debe olvidar el despacho que el contrato de seguro se rige bajo el principio de Ubérrima Buena Fe, por lo que el incumplimiento de estas conductas da lugar a la declaratoria de nulidad de relativa y las demás consecuencias señaladas en el Código de Comercio.

Como excepciones de fondo planteó las que nominó: Nulidad relativa del contrato de seguro —artículo 1058 del código de comercio; ausencia de siniestro —amparo de renta diaria por incapacidad temporal; ausencia de siniestro —amparo de renta diaria por incapacidad temporal; límite del valor asegurado — amparo de renta diaria por incapacidad temporal; ausencia de siniestro — amparo de definición amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente; pérdida de la eventual indemnización; y formuló, finalmente, objeción al juramento estimatorio.

II. LA SENTENCIA APELADA

En providencia proferida en audiencia del 7 de diciembre de 2021 el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Oralidad declaró probada "la *excepción de mérito denominada* ***NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO -*** *ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, la cual, recae sobre la póliza de seguro de vida No 22153200, por probarse la reticencia e inexactitud en la declaración del estado de riesgo asegurable de parte de la demandante BEATRIZ ELENA CORREA VÁSQUEZ al momento de contratar*".
Declaró impróspera la objeción invocada por la parte demandada contra el juramento estimatorio; condenó en costas a la actora y fijó como agencias en derecho la suma de $14.000.000,00.

Para decidir de la manera como lo hizo, luego de hacer una semblanza de los hechos y pretensiones de la demanda, y un análisis de los elementos que configuran la responsabilidad contractual, abordó el estudio el contrato de seguro de vida, destacó la relevancia de la declaración fidedigna del riesgo

asegurable, de donde surgía la obligación para quien trasladaba el riesgo, de informar de manera completa su real estado de salud, ya que

"si bien en el documento llenado por aquella, solo se reportó como antecedente de enfermedad la hipertensión arterial, incluso señaló que estaba controlada con medicamentos y es preciso señalar que si bien la demandante afirma que fue el intermediario de seguros el que llenó el formulario con base en las preguntas allí contenidas, también afirmó que este lo hizo en la medida en que ella le iba indicando las respuestas que debía colocar el intermediario; y de no ser así, incluso no se había especificado el padecimiento de la hipertensión arterial, puesto que es una enfermedad que para ese momento solo debió ser conocida por la demandante que es quien la padecía".

En principio, continuó la *a quo*, existiría incumplimiento de la aseguradora por el no pago de la prestación, pero la negativa obedece a que respondió al cuestionario, que no fumaba; así como tampoco informó los padecimientos anteriores de depresión, ni glaucoma, los que, de conformidad con el formulario, negó de manera rotunda, y eran preguntas determinadas en el cuestionario; padecimientos que, de ser conocidos, pudieran generan extra prima como ocurrió con la hipertensión arterial.

A pesar de manifestar, al momento de absolver el interrogatorio en el proceso, que al momento de contratar hacía mucho tiempo no fumaba y la depresión era posparto, sin embargo, le informó al médico que la atendió el 10 de marzo de 2018 que fumaba 4 cigarrillos al día, que sufría depresión y tomaba los medicamentos ordenados. También indicó que el glaucoma no fue referido como enfermedad de base por ser tan antigua que no recordó que la padecía. Resaltó la juez, que el formulario preguntaba si *"padece o padeció",* las enfermedades, lo que obligaba a la tomadora a declarar la existencia de padecimientos contenidas en la historia

clínica aportada en la reclamación efectuada a la compañía y con la demanda.

III. LA IMPUGNACION

Inconforme con la decisión, la providencia fue recurrida por el procurador judicial de la parte demandante manifestando inicialmente en la audiencia los siguientes reproches. (i) Sobre la prexistencia, "*antecedentes patológicos"* según el diccionario de la RAE es enfermedad que se ha padecido con anterioridad, y para el momento de la declaración de asegurabilidad no padecía ninguna enfermedad excepto la hipertensión arterial. ii) Debe existir nexo de causalidad entre la prexistencia y la condición médica que dio origen al siniestro como lo exige la Corte Suprema de Justicia en sentencia de 2021-00423

Por escrito, oportunamente amplió la inconformidad frente al fallo así:

1. No debió haberse declarado reticencia, ya que la demandante fue honesta y no oculto nada a la hora de declarar el riesgo, como ella lo manifestó en el interrogatorio que absolvió en audiencia pública, dejo claro ante la falladora que el cuestionario ella nunca lo lleno pese a saber leer y escribir, que el corredor de seguros le dictaba y ella respondía, por lo que no puede darse por sentado que la demandante obro de mala fe, según ella, el corredor de seguros le pregunto "que enfermedad sufre en la actualidad?" contestando, sufro de hipertensión; así quedo consignado en el cuestionario, con esta declaración donde pone en conocimiento a la demandada de su enfermedad, cualquier supuesto que quiera atacar la buena fe de la demandante se quedara sin piso, ya que si el objetivo de ella fuese defraudar a la aseguradora, no hubiese declarado su patología, patología que además podría ser riesgosa, razón por la cual la extra primaron su póliza.

2. Tampoco tuvo en cuenta la falladora la manifestación realizada por la demandante yo firme y no leí "siempre suelo leer lo que firmo, pero

en esta ocasión no que me paso", manifestación que a nuestro juicio, se prestaba para que la Señora Juez, indagara un poco más sobre ese momento en que la demandante declara el riesgo ante el corredor de seguro, cosa que no fue así, y dio por sentado que la demandante actuó de mala fe y el corredor de seguros actuó acorde a su fusión, situación que no podría ser cierta, ya que este no debió de llenar el cuestionario por la candidata a asegurar, Máxime cuando ella sabe leer y escribir

3.Aunque el presente punto no fue objeto de análisis por la señora Juez de instancia, debo de aclarar que la primera incapacidad laboral prescrita a demandante, es desde el día 14 de marzo de 2018, cuatro días después del accidente, también se debe de tener en cuenta que después del accidente estuvo hospitalizada unos días, luego la primera incapacidad termina el 27 de marzo, el 13 de abril la vuelven a incapacitar. Luego la razón por la que el medico ortopedista de Itagüí no la incapacita el día 15 de marzo de 2018, fue porque ya estaba incapacitada desde el día 15 de marzo por parte del hospital San Juan de Dios de Andes Antioquia. La anterior declaración de cara a que el representante de la demandada, por poco le dice a la demandante que mentirosa al no saber por qué el ortopedista de hospital San Rafael del Municipio de Itagüí no la incapacito.

4. La a quo le da una interpretación herrada a la historia clínica aportada, ya que si bien es cierto en la misma se encuentra consignada unas enfermedades que según la demandante no declaro, las enfermedades allí consignadas se encuentran en el ítem antecedentes. Según el diccionario de la real academia de la lengua española, la palabra Antecedentes patológicos personales: se refiere a las enfermedades que el paciente ha padecido con anterioridad; se anota la enfermedad y la época en que la padeció. Lo que da vida a lo manifestado por la demandante al contar en audiencia que, a la pregunta realizada por el corredor de seguros, "que enfermedades sufre usted doña Beatriz" ella responde soy hipertensa.

5. Además de lo anterior señores magistrados, nótese, a folio 22, de la historia clínica que obra en el expediente en el ítem "revisión por sistema: niega". Luego sigue el ítem antecedente y luego personales. Este ítem es el que describe el estado de salud actual del paciente, como se puede observar allí se encuentra consignado lo siguiente: toxico alérgicos: niega alergias a medicamentos o alimentos. Cardiovasculares: niega. Gastrointestinales: niega gastritis: niega. Metaplasia: niega (…) psiquiátricos: niega. Traumáticos: niega. (…), por lo que de esta manera se puede concluir es estado patológico actual de la demandante, quedando probado tal como ella lo manifestó, que, para el momento de la declaración del riesgo, solo sufría de hipertensión, enfermedad que fue declarada de conformidad a la buena fe contractual que exigen los contratos y en especial el contrato de seguros.

6. La Señora Juez, además de lo anterior, dio por probado el nexo causal por parte de la aseguradora, pues además de las inconformidades manifestadas frente a la decisión de primera instancia, también paso por alto que la patología que en su momento según la demandada omitió relacionar en el formato de asegurabilidad, no tuvo ninguna incidencia en la causa de la reclamación, además se advierte que el corredor de seguros no le permitió a la demandante llenar el cuestionario, pues dicho cuestionario lo diligencia él, y cuando le pregunto a la candidata a asegurar, que enfermedades sufría en la actualidad, ella responde soy hipertensa. 256

Lo anterior, de conformidad a la sentencia STC12251-2021 Radicación Nro. 68001- 22-13-000-2021-00423-01

7. Por último y no menos importante, quiero dejar claro que aunque tampoco el fallador de primera instancia se pronunció sobre este tema, la terminación del contrato de seguro de vida, fue de manera unilateral por parte de la compañía aseguradora, sin dar explicación a la demandante o asegurada sobre las razones de dicha terminación, no podría alegar la demandada no pago de la prima pactada, ya que el pago de la misma era por débito automático, siempre habiendo saldo en la cuenta registrada para que se realizaran los débitos como habitualmente lo hacía la demandada". - La trascripción es textual-

Los anteriores argumentos, suficientes para dar por satisfecha la carga de sustentar, amén de que oportunamente la aseguradora demandada descorrió el traslado en esta instancia indicando en primer lugar que

"*De conformidad con los hechos que se encuentran probados, y que no fueron objeto de discusión por el apelante, el Tribunal Superior de Medellín, deberá confirmar en su integridad la sentencia proferida en sede de primera instancia, por lo que se pasa a explicar:*

1. El apoderado de la parte demandante al momento de indicar los hechos en los cuales se sustentaban las pretensiones de la demanda limitó dicha situación a un supuesto incumplimiento contractual del contrato de seguro, sin embargo, no se demostró la ocurrencia del siniestro y su cuantía que es un presupuesto necesario para el nacimiento de la obligación condicional, máxime cuando el evento no goza de cobertura.

2. En la sentencia de primera instancia se demostró que la señora BEATRIZ ELENA CORREA VÁSQUEZ al momento de solicitar el seguro falta a la verdad, pues omitió información relevante sobre su estado de salud y hábitos.

3. Igualmente quedó probado que la señora CORREA VÁSQUEZ conocía los tramites de contratación de seguros, pues para ese momento era beneficiaria de un seguro tomado con SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

4. De la historia clínica de la paciente se lograr concluir que para el momento de la contratación del seguro la demandante tenía antecedentes de Depresión, glaucoma y consumo tabaco, así como que se encontraba en tratamiento para sus patologías mentales, basta con revisar los folios 184, 201, 202, 208 y 210.

5. Igualmente se probó que la demandante fue quien suministró la información para el diligenciamiento de la solicitud de seguro.

6. Además, de las anotaciones de la historia clínica, la propia demandante en su interrogatorio de parte confesó que no indicó los antecedentes de tabaquismo y glaucoma por no considerarlos relevantes.

7. Adicionalmente, quedó probado que para ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. era relevante conocer el verdadero estado de salud de la demandante, al punto que se pactó una extra prima por el antecedente de hipertensión referenciado.
8. El apoderado demandante no cuestionó la valoración probatoria realizada por el despacho, pues es claro que la propia demandante confesó que omitió información relevante al momento de solicitar el seguro.

9. La juez de primera instancia aplicó en forma adecuada los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio, en el sentido de indicar que la demandante no cumplió con el deber de declarar de forma sincera el estado del riesgo.

10. Por último, en la sentencia de primera instancia el despacho hizo una valoración adecuada respecto a la relación causal, pues es claro que la normatividad vigente no consagra la necesidad de esta relación causal, máxime cuando la sanción de nulidad relativa se examina al momento del perfeccionamiento del contrato y la relación causal es un juicio de valor al momento de la configuración de eventual siniestro, lo cual son dos momentos jurídicos distintos y con consecuencias jurídicas diferentes.

Por lo tanto, no podrá ser analizados por el Tribunal Superior de Medellín, en sede de segunda instancia lo que no haya sido objeto de discusión o reparo de la parte actora, en virtud del artículo 328 del C.G.P, que claramente manifiesta que el juez de segunda instancia solo puede pronunciarse respecto de los argumentos presentados por el apelante, por lo que, para todo lo demás, carece de competencia para pronunciarse respecto a ello.

Luego hizo referencia a cada uno de los puntos de apelación resaltando el Tribunal los siguientes apartes:

"…es claro que este no es el pilar principal de la sentencia de primera instancia, pues es claro que la conducta reticente o inexacta de la señora BEATRIZ ELENA CORREA VÁSQUEZ quedó demostrada con lo siguiente:
- Interrogatorio de parte: Donde no solo indicó lo afirmado por el recurrente, sino que también afirmó que los antecedentes de Depresión, glaucoma y consumo de tabaco no le parecieron relevantes y no se debe olvidar que la demandante ya era beneficiaria de otro seguro de vida.
- Interrogatorio de parte: Donde no solo indicó lo afirmado por el recurrente, sino que también afirmó que los antecedentes de Depresión, glaucoma y consumo de tabaco no le parecieron relevantes y no se debe olvidar que la demandante ya era beneficiaria de otro seguro de vida.
- Prueba documental: Los folios 184, 201, 202, 208 y 210 dan cuenta de los padecimientos presentados por la demandante y de los tratamientos médicos que en ese momento estaba presentando la demandante.
- Prueba documental: En la declaración de asegurabilidad se indagó expresamente por las patologías ocultadas por la demandante.

"*NECESIDAD DE UNA RELACIÓN CAUSAL ENTRE LA INFORMACIÓN OCULTADA Y EL SINIESTRO Lo primero que se debe advertir es que el artículo 1058 del Código de Comercio es una norma de orden público y prueba de ello es que en los términos del artículo 1162 del Código de Comercio no puede ser modificada por las partes y lo que es lo mismo debe ser aplicada en su integridad por los jueces de la república. Adicionalmente, el artículo 1058 es una norma que se encuentra vigente y sin ningún juicio de inconstitucionalidad que impida su aplicación. Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que el Tribunal Superior de Medellín debe aplicar en estricto sentido el artículo 1058 del Código de Comercio, en los términos que fue aplicado en debida forma por la juez de primera instancia. Ahora, revisando nuevamente el artículo 1058 del Código de Comercio, es claro que en esta norma no se exigen una relación causal entre la información ocultada y el siniestro, como lo pretende hacer ver el apoderado de la parte actora.*

Adicionalmente, se debe tener presente que la norma citada indica un error en el consentimiento que da lugar a una nulidad relativa del contrato, por lo que es una situación que se debe validar al momento del perfeccionamiento del contrato, es decir cuando el mismo aún no ha nacido a la vida jurídica, pues lo que precisamente se busca determinar es si el contrato de seguro produjo o no efectos jurídicos. En cuanto al siniestro, es una situación que se valora durante la

ejecución del contrato de seguro, pues es precisamente la materialización del siniestro la condición para que surja obligación en cabeza de las compañías aseguradoras. Por lo tanto, hacer un análisis de causalidad de la información omitida al momento de la celebración del contrato y el eventual siniestro, es una relación causal imposible, pues se está tratando de relacionar dos momentos jurídicos distintos e imposibles de relacionar, como lo es la celebración del contrato y su ejecución. Reiterando que la nulidad relativa, como sanción al acto jurídico lo que busca precisamente es que el contrato no surta efectos, por lo que no podría hablarse de siniestro, obligación condicional y mucho menos de una relación causal con un acto que no genera efectos jurídicos. Lo anterior significa, que el planteamiento indicado por el apoderado de la parte actora, además de acomodado es equivocado. Ahora, el apoderado de la parte actora sustenta este planteamiento en sentencia de tutela de la Corte Constitucional, las cuales como es sabido no son de aplicación obligatoria, pues las misma solo generan efectos "inter partes" y no "erga omnes" como lo pretende la parte recurrente. Adicionalmente, la jurisprudencia y la doctrina vinculante para el Tribunal Superior de Medellín, es decir, la proferida por la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil como órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria no ha variado su posición frente a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio, norma que por lo demás desarrolla en estricto sentido el principio de buena fe consagrado en el artículo 871 del Código de Comercio y que en el contrato de seguro se trata de una Ubérrima Buena Fe. Es claro que la parte actora no señala un error en la valoración probatoria o en la aplicación normativa, pues la misma se aplicó de forma adecuada".

CONSIDERACIONES

1. Como tarea liminar en la técnica del fallo, compete al juez el ocuparse de la constatación de la estructuración de lo que en doctrina se conoce como presupuestos procesales porque en ellos estriba la validez jurídica de la relación jurídica procesal. Significa lo anterior que, en presencia de algún defecto de los tales presupuestos, se impone o bien un mero despacho formal o bien, la anulación de la actuación. De acuerdo con la doctrina los presupuestos procesales, no son otros que la demanda en forma, la competencia del juez, la capacidad de las partes y la legitimación procesal o aptitud de las partes, bien por sí, ora a través de vocero judicial para el ejercicio de "*ius postulandi*"; los

anteriores presupuestos se reúnen a cabalidad en el plenario. En cuanto a las condiciones materiales para fallo de mérito, reducidas a la legitimación en la causa e interés para obrar como meras afirmaciones de índole procesal resultan aceptables en principio para el impulso del proceso.

2. Con relación al asunto que concita la atención de la Sala, había dicho la entonces Sala Novena Civil de Decisión en sentencia del 26 de agosto de 2011 que resolvió el recurso de apelación interpuesto rente a la sentencia del 25 de enero de 2008 proferida por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Medellín, dentro del proceso Ordinario instaurado por la Sociedad Liberty Seguros S.A. en contra de María Berenice Loaiza López y Yeison Andrey Manco Posada (menor de edad representado por su madre Lina Marcela Posada Ríos) luego de reiterar decisiones anteriores [1] que del texto del artículo 1058 del C. de Comercio, puede deducirse que la declaración de asegurabilidad es una cosa accidental, en cuanto que ni esencial ni naturalmente le pertenece, y se agrega por medio de cláusulas especiales. Los incisos primero y segundo del artículo 1058 del C. de Comercio son del siguiente tenor:

"El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determine el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador, le hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a

[1] Sentencia. No. 043, del 17 de mayo de 2011 Ordinario (Seguros), Beatriz Amparo Acosta de Gaviria contra BBVA Seguros Ganadero Compañía de Seguros de Vida S.A. Rdo. No. 05001 31 03 015 2004 00238 01 (Rdo. Int. No. 2007-0106), reiterada en sentencia 049 del 7 de junio de 2011, proceso Ordinario instaurado por José Iván Martínez Gómez y Edwar Correa Patiño contra la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. **05001 31 03 008 2001 00205 01**

estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

"Si la declaración se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo".

La norma hace referencia a un cuestionario sobre el estado de riesgo y a la declaración hecha con fundamento en uno establecido; se parte así de la base de que esa sea una exigencia del asegurador, esto es, sin exigencia de declaración de asegurabilidad por escrito a través de un cuestionario o simplemente si nada se dice al tomador sobre este aspecto, no surge para él la obligación de hacer manifestaciones en ese sentido, puesto que se trata de un elemento accidental del contrato de seguro.

"...La declaración de asegurabilidad puede ser dirigida o espontánea. La primera se traduce en un cuestionario concreto sobre lo que es relevante para el asegurador en relación con la situación del riesgo. La espontánea se expresa ***en una solicitud genérica de información que el asegurador plantea al tomador*** *sobre hechos y circunstancias del riesgo que a juicio del solicitante resulten significativos para el asegurador"*[2]*. – resaltos intencionales-*.

Lo anterior evidencia que no se trata que de manera espontánea el tomador o el asegurado, en este caso Beatriz Elena Correa Vásquez, quien tenía ambas calidades, manifestar las circunstancias del riesgo sin que nadie se lo hubiera solicitado. Como se dijo antes, se trata de un elemento accidental del contrato y por ello es el asegurador el que la incluye en el contrato y obviamente ante este requerimiento, surge la obligación de informar.

[2]Sent. Mayo 19 de 1999. M.P. José Fernando Ramírez Gómez. Expediente. 4923 en Jurisprudencia y Doctrina de Julio de 1999 Págs. 1190 a 1192.

La Corte dijo en aquella oportunidad:

"En ambos casos el deber de información existe, pero en el segundo, o sea en de la declaración espontánea, necesaria y lógicamente se morigera su severidad, y por ende se reduce el nivel de exigencia para la configuración de la reticencia o inexactitud como causales de nulidad relativa del contrato, porque si es el asegurador quien por razones técnicas cuenta con elementos de juicio que permitieran precisar el tipo de información querida, entonces debió acudirse a una declaración dirigida.

"Ahora, es posible la contratación sin ninguna información sobre el estado de riesgo, porque no hubo declaración alguna, ni tampoco inspección, caso en el cual debe entenderse la manifestación tácita de la aseguradora de asumir el riesgo, cualquiera sea la probabilidad del daño que gravite sobre el interés asegurado.

"En otras palabras, en tal evento no se puede predicar nulidad por reticencia, ni mucho menos por inexactitud, ni tampoco es posible la reducción de la prestación a cargo del asegurador…"

5. Ubicados en el caso concreto, no existe duda de que la declaración de asegurabilidad fue llenada de su puño y letra por un asesor de seguros, pero que las respuestas allí plasmadas provinieron de la tomadora y asegurada Correa Vásquez, y aquel documento si hacía referencia clara, diáfana a si la actora había "*padecido o padecía"* alguna de las afecciones estaba plasmadas en el cuestionario preimpreso, sin que sea válido aceptar que no leyó dicho documento al momento de plasmar su firma, puesto que lo esencial es que las preguntas fueron efectuadas de manera verbal por el asesor, el que iba anotando la respectiva respuesta emitida de viva voz por la accionante.

Lo anterior para significar, que sí existían circunstancias relativas a riesgo en relación con la salud pretérita o presente de la asegurada, (fumar tabaco; depresión en tratamiento con

medicamentos y glaucoma) que eran necesario dar a conocer a la aseguradora, a tal punto, y es asunto que no está en discusión que ante la manifestación de que padecía hipertensión arterial y estaba en tratamiento, la aseguradora decide contratar, pero generando la correspondiente extra prima. La asegurada omitió circunstancias relativas a su salud que incidían notoriamente en la apreciación del riesgo, y había señalado la Corte que no se requería

"…la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues 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[1], 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 ha escrutado a espacio el artículo 1058 del Código de Comercio, sin encontrar una exigencia similar a la hecha por el Tribunal para aplicar la nulidad por reticencia. Así, en reciente oportunidad se dijo 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.

"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.

"[1] Sent. Cas. Civ. de 12 de septiembre de 2002, Exp. No. 7011"

"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" (Sent. Cas. Civ. de 1º de junio de 2007, Exp. No. 00179-01).

Por supuesto que no podía ser de otra forma, en tanto las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias "hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad (Sent. Cas. Civ. de 11 de abril de 2002, Exp. No. 6815) [3]".

6. De otro lado no desconoce la Sala la existencia de la providencia en la que el apelante funda la revocatoria del fallo recurrido, en tanto, en su concepto, no existe vínculo o relación de causalidad entre la reticencia, que se itera existió, y el siniestro, pero la lectura juiciosa de la sentencia de SC3791 de 1º de septiembre de 2021 Rdo. 20001-31-03-003-2009-00143-01[4] permite concluir que se trata, como dijo alguno de los magistrados que aclaró su voto de "*providencias aisladas, en las que, además, no se hace mención a las restantes posiciones de esa Corporación sobre el particular, ni se ofrecen razones para elegir*

[3] Sent. 1º septiembre de 2010. M.P. Edgardo Villamil Portilla. Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01

[4] La sentencia contó con el salvamento de Voto del Dr. Alvaro Fernando garcìa Restrepo , quien manifestó que las llamadas aclaraciones de voto provenientes de otros dos integrantes de la Sala *"no solo sustentan una aclaración como en ellos se manifiesta sino que constituyen una verdadera posición de salvamento de voto porque fijan de manera certera una razones y fundamentos que son contrarios a los expuestos en el proyecto aprobado, y que por lo tanto no es un mero desacuerdo con la parte motiva de la sentencia sino que en forma total están en contra de la decisión o parte resolutiva de la sentencia".*

una de ellas sobre las demás", resaltando que "*en el asunto sub examine resultaba forzoso rememorar completamente las líneas de pensamiento de los órganos de cierre de la jurisdicción civil y constitucional, ya que un análisis fragmentario podría llevar a pensar, improcedentemente, que posturas que son insulares y vacilantes constituyen un precedente consolidado, al que, por vía general, deberían plegarse los funcionarios judiciales."*

"En conclusión, la demostración del «***nexo causal entre las patologías que padecía el tomador para la época en que suscribió el contrato de seguro (preexistencia) y la condición médica que dio origen al siniestro***», es contraria a la postura que la Sala de Casación Civil ha defendido de manera inmodificable en sede de Casación, …de tal manera carecería totalmente de incidencia que las circunstancias agravantes del estado del riesgo que fueron omitidas no hubieran dado lugar al siniestro, pues aún en ese supuesto, la formación del consentimiento del asegurador seguiría viciada, lo que necesariamente afecta la validez misma del vínculo negocial.

Expresado de otro modo, la falta de sinceridad en la declaración del estado del riesgo adultera el consentimiento expresado por las partes al celebrar el contrato de seguro, contrariando así uno de los requerimientos que prevé el ordenamiento para obligarse por un acto o declaración de voluntad (artículo 1502-2, Código Civil). De ahí que ese vicio conlleve la nulidad relativa del contrato de seguro, y no una sanción distinta".[5]

7. Finalmente, como la actora afirmó en los hechos de la demanda que realizaba una actividad lucrativa con su propia agencia de viajes, y en la historia clínica se observa que fue en materia de salud estaba al mismo tiempo afiliada al régimen subsidiado nivel 0, se dispone poner en conocimiento del Municipio de Andes y de la entidad encargada de la administración de dicho régimen tal circunstancia, para que tomen las medidas a que haya lugar.

[5] Aclaración de Voto Dr. Luis Alonso Rico Puerta

8. Colofón de lo expuesto es la CONFIRMACIÓN de la sentencia recurrida, y dado el resultado del recurso, costas en esta instancia a cargo de la parte demandante impugnante.

IV. DECISION

En mérito de lo expuesto el **Tribunal Superior de Medellín en Sala Cuarta Civil de Decisión,** administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **CONFIRMA** la sentencia del 7 de diciembre de 2021, mediante la cual el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín declaró probada la excepción de reticencia. Líbrense los oficios mencionados en el acápite 7 de la parte considerativa. Dado el resultado del recurso, costas en esta instancia cargo de la parte actora impugnante.

NOTIFIQUESE

JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO
Magistrado

JULIÁN VALENCIA CASTAÑO
Magistrado

PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
Magistrada