

| | |
|-----------------------|--|
| Radicación: | 2023-00422-01 |
| Proceso: | RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL (J1CM). |
| Demandante: | PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO y Otros |
| Demandado: | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y Otro. |
| Sentencia No.: | 0048 |
| Fecha: | 28 de febrero de 2025 |
| Actuación: | Sentencia segunda instancia – Confirma. |

1.- OBJETO A DECIDIR:

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO y Otros, contra la sentencia proferida el 03 de octubre de 2024, por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁN, dentro del proceso de RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL radicado bajo el número 2023-00422-01, formulado contra GIROS Y FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A. y la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

2.- PROCEDENCIA DEL RECURSO Y COMPETENCIA:

La providencia recurrida es apelable (art. 321, CGP). Este Juzgado es competente para conocer de la alzada, por ser el superior funcional del Juez que la profirió.

3.- LA SENTENCIA APELADA:

En providencia del 03 de octubre de 2024, se profirió sentencia por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁN, en la que resolvió declarar probadas las excepciones de *“nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado de la póliza de seguro vida grupo no. 4.660.882.856”*; *“inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual”*; *“para la configuración de la nulidad por reticencia no es necesario que exista un nexo de causalidad entre la enfermedad omitida en la declaración del estado del riesgo y la causa de la incapacidad o el deceso del asegurado”*; y *“Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro”* y denegó las pretensiones de la demanda promovida por PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO y Otros.

La decisión tiene como fundamento que en el artículo 1058 del CCo se preceptúa, *“Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia: La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador lo hubieren retraído a celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen una herida relativa del seguro.”* y con las pruebas practicadas en primera instancia se determinó que el señor HENRY POLINDARA, pese a estar obligado a declarar sinceramente el estado del riesgo que trasladó a la aseguradora, no lo hizo, porque al parecer sin siquiera leer, aseveró tener un estado de salud normal, cuando no fue así, ya que de antaño venía padeciendo debidamente diagnosticado y tratado, entre otros, diabetes mellitus tipo 2. Por lo que el contrato de seguros celebrado se reviste de una nulidad relativa, ya que, al tocar con el consentimiento de la compañía aseguradora, la eventual reticencia nubla el mismo y afecta potencialmente su validez.

De igual manera, se consideró que, la eximia buena fe impone que el tomador al diligenciar su declaración de asegurabilidad debe informar su condición de salud al asegurador, para que éste conozca de manera fiel el riesgo que habrá de amparar, con el objetivo de definir en un marco de libertad, si accede a la contratación y el monto del mismo, lo que no sucedió en el presente caso.

Además, la falsedad al responder la declaración predispuesta, es indicador suficiente de la importancia atribuida por la empresa a la información modulada, denotando que fue insular y aislada la tesis de exigir prueba adicional, específica, cierta y directa; en todo caso de la influencia de lo callado o tergiversado en la decisión del asegurador.

Finalmente, respecto del incumplimiento al deber de información por parte de la aseguradora, considera el Juzgado que, dentro de las pruebas obrantes en el expediente, solo se encuentra el testimonio del señor NILSON FABIAN POLINDARA, pero no existe soporte alguno que ratifique lo dicho por el declarante, más aún cuando en contra del mismo, milita la certificación ratificada por la firma y huella del asegurado de haber recibido la explicación de la póliza y haber comprendido sus condiciones. Además, de que no existe un motivo de origen legal que señale que la aseguradora conocía o debió conocer los hechos sobre los cuales versa la reticencia o que estaba incurso en un conocimiento presuntivo que le requiriera desplegar una labor investigativa adicional, por lo que al alegar la parte demandante que le correspondía a la aseguradora indagar más allá de lo declarado por el asegurado, sin ésta tener sospechas de la reticencia y por el solo hecho de ser profesional en la materia, recae en el asegurado las consecuencias lesivas de su infidelidad contractual.

4.- REPAROS A LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

Sostiene el recurrente:

1.- Que el despacho de primera instancia consideró que, al suscribirse el contrato de declaración de asegurabilidad el señor HENRY POLINDARA de manera voluntaria había manifestado que no tenía ninguna enfermedad, ocultando la información frente al estado de riesgo, pese a que en las declaraciones de los demandantes se manifestó que el asegurado sí era consciente de la diabetes que padecía y que incluso la estaba tratando, por lo que la reticencia no correspondió a un comportamiento doloso, sino al incumplimiento del deber de información por parte de las entidades demandadas. Expresa que, la no inclusión de la diabetes dentro del cuestionario de asegurabilidad, deja demostrado que dicha enfermedad no era relevante para la compañía, por lo que la nulidad relativa alegada por la reticencia e inexactitud, la no inclusión de la patología en la declaración de asegurabilidad y el incumplimiento al deber de información genera que la nulidad relativa alegada sea ineficaz.

2.- La Responsabilidad de GIROS Y FINANZAS S.A. Quien hizo parte del contrato de seguro y actuó como intermediaria, quien incumplió con el deber de información.

3.- La ley 1480 de 2011 y la ley 1328 de 2009, exige que la información sea clara, suficiente, veraz y adecuada, pero en la declaración de asegurabilidad, no existía pregunta para la diabetes, ni opción para indicar de manera expresa la condición médica del asegurado o si tenía una diferente a las allí establecidas. Agrega que, el representante legal señaló que no reciben a personas con diabetes, pero en el formulario no se mencionó la existencia de esa enfermedad, por lo que, al no considerarse importante, no es suficiente para viciar el consentimiento de la aseguradora.

4.- Se establece, que no se hizo una valoración adecuada del testimonio del señor NILSON FABIAN POLINDARA, quien acompañó en diferentes ocasiones al señor HENRY POLINDARA a las renovaciones del seguro, quien testificó que el asegurado solo se limitó a firmar y colocar la huella, pero que en ningún momento se le brindó información clara, suficiente y precisa sobre el estado del riesgo, ni se le preguntó por las enfermedades que padecía, ni por las que aparecían enlistadas en el formulario. Subraya que dicho testimonio no fue objetado por la aseguradora.

5.- De Conformidad con el artículo 1058 del CCo, la compañía aseguradora pudo haber conocido el estado de salud del asegurado, cuando el representante legal de la compañía manifestó que ellos habían consultado el historial clínico una vez hecha la reclamación, por lo que se demuestra el incumplimiento al deber de indagación que se le impone a la aseguradora respecto de las condiciones de asegurabilidad del asegurado. El deber de indagación, establecido jurisprudencialmente, obliga a la aseguradora a ir más allá de aquello que el declarante ha asegurado, así pues, si el señor HENRY POLINDARA le entregó a la aseguradora autorización para consultar su estado médico, la aseguradora pudo haberlo consultado desde el momento que realizó la declaración de asegurabilidad. Además de que conociendo que el asegurado era una persona de 60 años, debieron inspeccionar el estado de riesgo y realizarle un examen médico.

6.- Para alegar la nulidad relativa del contrato, no debe limitarse a objetar reclamación cuando se presenta el siniestro, sino que debe la compañía demostrar la mala fe del asegurado al momento de declarar el estado del riesgo, así mismo, demostrar que existe un nexo causal entre la información que omitió el señor HENRY POLINDARA y las causas siniestro y; que la aseguradora debió practicar un examen médico al asegurado, más aún cuando se trata de persona de la tercera edad. Demostrándose de esta manera que estas omisiones generan la ineficacia de la nulidad relativa alegada.

5.- PROBLEMA JURÍDICO:

¿Se debe confirmar o revocar la sentencia de fecha 03 de octubre de 2024, proferida por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁN, dentro del asunto de la referencia?

6.- TESIS:

Se debe confirmar la sentencia de fecha 03 de octubre de 2024, proferida por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁN.

7.- FUNDAMENTO DE LA TESIS:

7.1.- Premisa normativa y jurisprudencial:

CCo, art. 1058: *“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.”*

CCo, art. 1158: *“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.”*

CSJ, SC del 02 de agosto de 2001, Exp. 6146 M.P. CARLOS IGNACIO JARAMILLO JARAMILLO *“salta a simple vista su conexión y pertinencia, puesto que la carga (onere u obliegenheit) de declarar el estado del riesgo, radicada en cabeza del candidato a tomador, no se agota por completo al momento de responder el cuestionario formulado por el asegurador, como prima facie pudiera parecer de una inconexa y avara lectura del primer inciso del artículo 1.058 del C. de Co, habida consideración que la plausible -y terminante- exigencia de "declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo", en sí misma considerada, posee un espectro más amplio y, por contera, es titular de una proyección sustancialmente mayor, como tal llamada a*

trascender el diligenciamiento del cuestionario en comento, que servirá como aquilatada brújula para orientar la tipología de sus respuestas, pero en manera alguna para entender que, una vez obtenidas, cesa -o fenece- dicha exigencia.

CSJ, SC del 01 de septiembre de 2010, rad. N° 2003-00400-01, M.P. EDGARDO VILLAMIL PORTILLA. *“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, ésta 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 seguro.*

CSJ, SC, 2803 de fecha 04 de marzo de 2016: *“las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente (...) Empero, esas salvedades tienen relación con el «conocimiento presuntivo del estado del riesgo» y son inmanentes al deber del asegurador de verificar los datos suministrados por el tomador, cuando tenga serias dudas de su certeza en vista de que se contradicen con aspectos entendidos por él. 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.*

CSJ, SC, 167 de fecha 11 de julio de 2023, rad. N° 2019-00025-01, M.P. MARTHA PATRICIA GUZMAN ÁLVAREZ, *“Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución ; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado ; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento; (...) (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente.”*

7.2.- Premisa fáctica:

En sentencia proferida 03 de octubre de 2024 el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁN resolvió declarar probadas las excepciones de *“nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado de la póliza de seguro vida grupo no. 4.660.882.856”*; *“inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual”*; *“para la configuración de la nulidad por reticencia no es necesario que exista un nexo de causalidad entre la enfermedad omitida en la declaración del estado del riesgo y la causa de la incapacidad o el deceso del asegurado”*; y *“Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro”* y denegó las pretensiones de la demanda de responsabilidad civil contractual promovida por la parte actora.

La parte demandante apela la sentencia y cuestiona la decisión sobre los puntos relacionados en el punto 4 de este proveído.

7.3.- Conclusión:

Debe confirmarse la sentencia de fecha 03 de octubre de 2024, proferida por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁN, por las razones que pasan a explicarse:

Referente al primer reparo, alusivo a la ineficacia de la nulidad relativa porque la reticencia e inexactitud se debió al incumplimiento del deber de información por parte de las entidades demandadas y por la no inclusión de la patología en la declaración de asegurabilidad:

Debe resaltarse que el contrato de seguro es un negocio jurídico donde la buena fe ocupa un protagónico e intenso rol y se erige en su núcleo. Respecto del asegurado, se predica la buena fe cuando al momento de responder el cuestionario propuesto por el asegurador declara sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, ya que callar u omitir información relevante, antes de que el asegurador *“asuma el riesgo,”* comporta una conducta contraria a dichos postulados, que afecta la validez del contrato.

Por su parte la buena fe del asegurador radica en su obligación y diligencia de valorar antes de celebrar el contrato los hechos o circunstancias relevantes que lleven a viciar la declaración con el fin de ponderar el riesgo que se pretende asegurar. El aducido deber de información alegado por el recurrente, no borra o diluye la obligación de declarar el verdadero estado del riesgo que le incumbe al candidato a asegurado.

Conforme las pruebas recaudadas, se observa en la póliza N° 99400000000, (A. 015 fl, 74) que el asegurado señor HENRY POLINDARA declaró que su estado de salud *“era normal”* y que no padecía, ni había padecido enfermedad que incidiera al sistema *“cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino, piel y anexos”*, pero en la historia clínica, que reposa en el expediente, se establece que el asegurado para el 19 de octubre de 2021, fecha en la cual se suscribió el contrato, padecía de diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia no especificada, insuficiencia venosa, entre otras. (A. 015 fl, 164, 172, 305, 438).

Contrario a lo planteado por la parte actora, en el sentido que se incumplió el deber de información por la aseguradora, se concluye que el asegurado fue quien desatendió el deber de información que tenía a su cargo, sin que el conocimiento presuntivo que debería tener el asegurador, como se alega, remedie la reticencia.

Conforme los argumentos expuestos, el reparo formulado no logra derruir la sentencia impugnada.

En relación con el segundo reparo, correspondiente a la responsabilidad de

GIROS Y FINANZAS S.A., quien como intermediaria incumplió con el deber de información:

Según el artículo 1037 del CCo: *“Son partes del contrato de seguro: 1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos”.*

En el presente caso, conforme la información consignada en la póliza N° 99400000000, (A. 015 fl, 74), la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A. fue quien asumió el riesgo. Por su parte, GIROS Y FINANZAS C.F. S.A. obró como tomador del seguro, quien lo contrató obrando por cuenta de un tercero, el asegurado, señor HENRY POLINDARA.

Se debe aclarar que no hay disposición legal según la cual las obligaciones a cargo del asegurador se trasladen al tomador del seguro, por el contrario, disposiciones como el art. 1041, CCO, ubican al tomador en una posición similar a la del asegurado a efectos de cumplir las obligaciones que le corresponden a este.

Tal como lo plantea la doctrina: *“Una cuestión preliminar: quién debe cumplir con las obligaciones y cargas que la ley impone a la parte asegurada. Cuál es el sujeto pasivo de esas obligaciones y cargas. Hablamos de las obligaciones y cargas de la parte asegurada, en el entendimiento de que se trata de obligaciones y cargas que pueden y deben eventualmente se cumplidas por cualquiera de las personas o grupos de personas que integran cualquiera de las posiciones que pueden conformar dicha parte asegurada. Es decir, que pueden y deben ser cumplidas bien por el tomador, o por el asegurado o por el beneficiario.”* (Andrés Ordóñez Ordóñez, *Elementos esenciales, partes y carácter indemnizatorio del contrato*, Universidad Externado de Colombia, p. 10-11).

Por lo expuesto, no se acogerán los argumentos planteados en el reparo que se analiza.

Atinente al tercer reparo, el cual se basa en que al no considerarse importante la diabetes mellitus tipo 2 para entidad aseguradora y al no estar dentro de cuestionario, no es suficiente para viciar el consentimiento de la aseguradora:

El artículo 1058 del Código de Comercio autoriza al asegurador para proponer al asegurado un cuestionario que está obligado a responder sinceramente en su integridad para que el asegurador comprenda cabalmente los hechos o circunstancias que le permiten conocer la extensión de los riesgos que va a asumir en virtud del contrato.

El señor HENRY POLINDARA, declaró expresamente en el cuestionario de declaración de riesgo lo siguiente: [...] *“Mi estado de salud es normal”, no padezco ni he padecido hipertensión arterial, enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, “endocrino”, musculoesquelético, neurológico, emolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA y demás adicciones o afecciones que incidan sobre mi estado de salud, y que fumo menos de 20 cigarrillos al día, no tengo pendiente tratamientos o intervenciones quirúrgicas de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecta mi estado de salud, no sufro de obesidad ni sobrepeso y no practico aficiones que afecten mi integridad. (...) “Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas de la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad frente a la omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del Código de Comercio”.* (A. 015 fl, 74)

Así las cosas, carece de fundamento lo alegado por el recurrente en cuanto a que al no encontrarse explícitamente la patología “diabetes mellitus tipo 2” no se vicia el consentimiento de la aseguradora, toda vez que el asegurado manifestó que su estado de salud era “normal,” que sus declaraciones eran “exactas”, “completas” y “verídicas” y que no padecía, ni había padecido enfermedades que incidieran en el sistema “endocrino”.

Adicionalmente, no se demostró que la aseguradora no hubiera brindado información clara, suficiente y precisa al señor HENRY POLINDARA, ni que no se le hubiera indagado o preguntado por este tipo de enfermedad, ya sea en la suscripción del contrato o en sus renovaciones.

Habiéndose acreditado que el asegurado sabía que padecía “diabetes mellitus tipo 2”, deja en evidencia que el señor HENRY POLINDARA afectó el consentimiento de la aseguradora, en razón a que ésta, asumió un riesgo basado en una información irreal e incompleta, por lo que no se acogerá los argumentos planteados en el reparo que se analiza.

En cuanto al cuarto reparo, relacionado con la inadecuada valoración del testimonio del señor NILSON FABIAN POLINDARA:

El señor NILSON FABIAN POLINDARA declaró que acompañó al señor HENRY POLINDARA a la suscripción del contrato y a sus respectivas renovaciones, manifestando que la información brindada por la aseguradora no fue clara, suficiente y precisa, y que nunca se le indagó o preguntó si tenía enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2.

Sin embargo, al apreciar las pruebas en conjunto, dicha declaración pierde solidez, en tanto contrasta con la prueba documental a la que ya se ha hecho referencia con la que se esclarece las declaraciones del asegurado sobre su estado de salud.

Sobre la valoración de la prueba testimonial, la corte Suprema de Justicia en sentencia STC 9197/2022 resaltó que: *“En tal caso, debe el juez ser mucho más analítico y prescindir de cualquier valoración subjetiva respecto del declarante, como por ejemplo sus reacciones, la firmeza de la voz, su vestimenta, su seguridad, etc., para darle paso a una apreciación más metódica y reflexiva en la que le preste mayor atención al contexto y al contenido de la reconstrucción factual hecha por la parte, así como a la coincidencia de su narración con otros medios para saber si es verosímil.”*

Por lo anterior, no prospera el reparo a la sentencia de primera instancia.

En cuanto al quinto reparo, correspondiente al deber de indagación que se le impone a la aseguradora, respecto de las condiciones de asegurabilidad del asegurado.

Es de resaltar que las sanciones consagradas en el artículo 1058 del CCo, dejan de aplicarse si antes de celebrarse el contrato el asegurador ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración.

Este conocimiento presuntivo, establece que la compañía aseguradora como profesional del ramo debe conducirse como tal durante las diferentes etapas contractuales, a su vez, debe obrar con diligencia y no conformarse con las declaraciones hechas por el asegurado, sino que está en la obligación de indagar o averiguar cuando existan elementos que la inviten a pensar que existen discrepancias entre la información del asegurado y la realidad.

Este deber de indagación que cobija a la aseguradora, como se anotó

anteriormente, no diluye la obligación del asegurado de declarar el verdadero estado del riesgo, de modo que el pretexto de que la aseguradora no cumplió con su obligación de indagar, no puede usarse para reducir la responsabilidad del asegurado y pretender desnaturalizar el remedio de la nulidad relativa emanada por sus reticencias, además, el deber de la aseguradora de actuar con diligencia por ser conocedora y experta con el manejo del riesgo, no puede llevarse al límite de frustrar el mecanismo de corrección impuesto a su cargo.

En ese contexto, si bien el asegurado era una persona de la tercera edad, el haber declarado que su estado de salud era “normal”, que no padecía enfermedades que incidieran en el sistema “endocrino”, y que dicha información era “exacta”, “completa” y “verídica”, no generó ningún tipo de alerta para que la aseguradora hiciera averiguaciones complementarias respecto al estado del riesgo, al punto de considerar que conocía o debía conocer tales patologías.

Aunado a lo anterior, es necesario resaltar nuevamente que el instituto del consentimiento presuntivo no es un amparo para indultar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero esto no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el asegurado debió observar cuando declaró las circunstancias del riesgo que trasladó a la aseguradora.

Por lo expuesto, no se acogerán los argumentos planteados en el reparo que se analiza.

En cuanto al último reparo, relacionado con demostrar la mala fe y el nexo causal entre la información omitida y las causas del siniestro, para configurar la nulidad relativa del contrato:

La Corte Constitucional en sentencia C-232/1997 sostuvo que: *“Cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico (...) Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.”* Esta posición ha sido reiterada por la corte Constitucional en sentencia T-282/2016 y por la corte suprema de justicia en Sentencia SC-167/2023.

En el presente caso, es necesario señalar que la sanción de nulidad no se predicó de la existencia de una relación causal entre los hechos que omitió el señor HENRY POLINDARA “diabetes mellitus tipo 2” y lo que causó su muerte “Parada cardiaca por insuficiencia respiratoria aguda - diagnóstico principal”. (A. 015, fl 1563). Si no, la relación con el nivel del riesgo creado, por virtud del cual, a partir de las condiciones del negocio, se entendió deformado el consentimiento de la aseguradora.

Al omitirse información sobre la patología “Diabetes Mellitus tipo II”, independiente de la causa del siniestro, se configura la sanción alegada y contemplada en el artículo 1058 del CCo.

Finalmente, se reitera que el examen médico que debió realizar la aseguradora,

alegado por la parte recurrente en este reparo, no exonera al asegurado de su deber de informar, ni de las consecuencias que se derivan, ya que el examen no lo exime de la obligación de ser exacto y sincero en la declaración del riesgo, por lo que no se acogerán los argumentos planteados en el reparo que se analiza.

Finalmente, se condenará en costas a la recurrente, la parte demandante PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO y Otros, tal como lo dispone el art. 365, CGP. Las agencias en derecho se estiman en la suma de un (1) SMLMV, de conformidad con el art. 5, Acuerdo No. 10554 de 2016, CSJ.

8. DECISIÓN:

Conforme a lo expuesto, EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN, “administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley”,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de fecha 03 de octubre de 2024, proferida por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁN, que declaró probadas las excepciones de “*nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado de la póliza de seguro vida grupo N° 4.660.882.856*”; “*inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual*”; “*para la configuración de la nulidad por reticencia no es necesario que exista un nexo de causalidad entre la enfermedad omitida en la declaración del estado del riesgo y la causa de la incapacidad o el deceso del asegurado*”; y “*Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro*” y denegó las pretensiones de la demanda de RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL promovida por PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO y Otros contra GIROS Y FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A. y la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, por las razones indicadas en la parte considerativa.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de segunda instancia a la recurrente, la parte demandante PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO y Otros. Liquidense llegado el momento oportuno de manera concentrada por el Juzgado que profirió la sentencia recurrida. ESTIMAR las agencias en derecho en la suma de un (1) SMLMV.

TERCERO: DEVUÉLVASE al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Estado No. 034.
03/03/2025.

Firmado Por:

Hugo Armando Polanco Lopez
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 002
Popayan - Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **45d3b1d7e97a0777707c5fb8703a8b7fc1f388cfaf604f12321e4b5f9f0794d**
Documento generado en 27/02/2025 05:51:52 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>