

REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL MONTERÍA



SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL-FAMILIA-LABORAL

Magistrado Sustanciador: CARMELO DEL CRISTO RUÍZ VILLADIEGO.

VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
Expediente N° 23417310300120230022501 Folio 507-24
ACTA N° 023

Montería, veintisiete (27) de junio de dos mil veinticinco (2025)

Procede la Sala en aplicación de la Ley 2213 de 2022, a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia adiada 22 de octubre de 2024, proferida por el Juzgado Civil del Circuito de Lórica – Córdoba, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual, impetrado por **ASALIA STELLA SÁNCHEZ SÁNCHEZ** contra **BBVA SESUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, representada legalmente.

I. ANTECEDENTES

I.I. Pretensiones: Se solicitó en la demanda condenar a la accionada BBVA Seguros de Vida de Colombia a pagar en favor de la demandante, el monto asegurado en la póliza de seguro de vida -VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909-

Se condene a la restitución de los dineros pagados por la asegurada y tomadora de la póliza a partir de la fecha de estructuración de la invalidez.

Se condene a BBVA Seguros de vida a pagar a la demandante a la tasa máxima permitida los intereses moratorios causados desde el 19 de septiembre de 2022 hasta que se verifique el pago.

Por último, a costas y agencias en derecho.

I.II HECHOS

El anterior petitum se fundamentó en los siguientes supuestos facticos, los que estima la Sala, son jurídicamente relevantes para resolver de fondo la segunda instancia:

Relata que la demandante adquirió un crédito con el Banco BBVA.

Indica que la asesora de la entidad financiera en comento entregó a la actora un conjunto de documentos que debía firmar para optar por el crédito y entre ellos había documentos relacionado con seguros.

Como parte del paquete del crédito, el banco BBVA le vendió a la accionante un seguro de vida.

Afirma que para la época en la que adquirió el crédito con el banco usaba un cabestrillo en el brazo derecho a causa de un dolor en el hombro.

Establece que, la asesora comercial no indagó sobre la condición de salud de la demandante, es especial por el uso del cabestrillo.

Explica que la declaración de asegurabilidad fue diligenciada por la asesora de BBVA.

Aduce que al firmar la declaración de asegurabilidad la asesora del BBVA le dijo que no era necesario informar sobre su dolor en el hombro porque no era una enfermedad grave y no estaba en lista de declaración de asegurabilidad.

Resalta que el 10 de febrero de 2022 se emitió la póliza -VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909-

Expresa que la póliza de seguro de vida incluye dentro del riesgo asegurado la incapacidad total y permanente ocasionada por desmembración e inutilización, con un monto asegurado de CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS \$150.000.000,00

Manifiesta que el prestador del servicio de la salud de la parte actora de la lite Clínica General del Norte, emitió dictamen de pérdida de capacidad laboral, con porcentaje superior al 50% y fecha de estructuración de invalidez 3 de agosto de 2022.

Advirtió que el 19 de septiembre de 2022 la demandante solicitó a BBVA SEGUROS DE COLOMBIA el pago de la indemnización prevista en la póliza para los casos de incapacidad total y permanente.

Apuntó que la aseguradora negó la indemnización alegando la reticencia del actor al momento de tomar el seguro.

I.II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

En la contestación de la demanda la sociedad demandada señaló que no le constaban los hechos 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 12°, 13°, y 14°, porque "BBVA SEGUROS DE VIDA S.A ES UNA EMPRESA DISTINTA A LA QUE VENDIÓ LA POLIZA"; negó el hecho 7°, 8°, 9° 11°, 16° y 17°; y admitió los demás supuestos facticos del libelo cardinal.

En consecuencia, invocó como medios exceptivos los siguientes:

Principales.

*(i) falta de cobertura de la póliza por no haber sido calificado por una entidad de las enlistadas en la póliza; (ii) falta de acreditación de la ocurrencia del siniestro dado que no existe un dictamen emitido por una entidad de las enlistadas en la póliza; (iii) Nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado, al momento de las suscripción de la póliza de **SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 001305210523923259090**; (iv) inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual; (v) la acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguros; (vi) BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguros; (vii) prescripción de la acción derivada del contrato de seguros.*

Excepción subsidiaria.

Límite del valor asegurado.

II. SENTENCIA APELADA

Por medio de providencia adiada 22 de octubre de 2024, la judicatura de instancia resolvió: (i) Negar las excepciones de mérito propuestas por la sociedad demandada; (ii) declarar que la Sociedad BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., incumplió el contrato de seguro que pacto con la demandante Asalia Sánchez Sánchez; (iii) Condenar a la sociedad accionada a pagar la indemnización prevista en la póliza por la consumación del riesgo hasta el límite del monto asegurado; (iv) y. por último, condenó al pago de agencias en derecho que fijó en un 5% del total de las condenas impuestas en la sentencia.

En síntesis, manifestó la primera instancia, que de conformidad a lo establecido en la sentencia T-025 de 2024 de la Corte Constitucional y SC 167 de 2023 de la Corte Suprema de Justicia, las aseguradoras tienen el deber de establecer el estado real del riesgo para efecto de determinar si suscriben el acuerdo de voluntades, por el contrario, si desisten de este, en otro escenario lo suscriben bajo condiciones más onerosas para el tomador.

Al descender al caso concreto, concluyó que la sociedad demandada no pudo demostrar que desplegó las acciones pertinentes para establecer el estado de salud de la beneficiaria, lo que pudo haber logrado si le hubiese pedido por lo menos que esta última hubiera aportado su historia clínica, máxime, cuando la demandante indicó en la demanda y en el interrogatorio de parte que al momento de la firma del acuerdo usaba un cabestrillo en el brazo derecho.

Adicionalmente, para el Juez, *BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.*, es una sociedad experta en temas de seguros, porque, se dedica habitualmente a suscribir este tipo de acuerdos, en cambio, la demandante, aunque es educadora, no conoce las particularidades de los contratos de seguro.

Finalmente, indicó que, la prueba de la reticencia o de la mala fe recae exclusivamente sobre quien la alega y en este caso muy puntual sobre la sociedad demandada, así mismo señaló que, de conformidad a las sentencias citadas, la sociedad demandada se encontraba en mejor posición de probar la reticencia.

III. EL RECURSO DE APELACIÓN

La apoderada judicial de la sociedad demandada interpuso recurso de apelación en audiencia pública inmediatamente se dictó la providencia. Seguidamente, presentó reparos concretos por escrito dentro de los tres días siguientes a la finalización de la diligencia, en la respectiva etapa procesal reparó de la sentencia, lo siguiente:

(i) "EL DESPACHO ERRÓ AL ACCEDER A LAS PRETENSIONES PORQUE DESCONOCIÓ QUE LA DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO ES UNA OBLIGACIÓN QUE LA LEY LE IMPONE AL ASEGURADO"; (ii) "INDEBIDA VALORACIÓN DE LOS ELEMENTOS QUE PRUEBAN LA CONFIGURACIÓN DE LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909 DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ART. 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO"; (iii) "EL A QUO PASÓ POR ALTO QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA NO ESTÁ OBLIGADA A PRACTICAR EXAMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL; EL JUZGADO DE CONOCIMIENTO REALIZÓ UNA INDEVIDA VALORACIÓN PROBATORIA AL DICTAMEN PERICIAL APORTADO POR LA COMPAÑÍA BBVA SEGUROS DE VIDA COOMBIA S.A."; (iv) "EL JUZGADO DE CONOCIMIENTO REALIZÓ UNA INDEVIDA VALORACIÓN PROBATORIA AL DICTAMEN PERICIAL APORTADO POR LA COMPAÑÍA BBVA SEGUROS DE VIDA COOMBIA S.A."; (v) "LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA DESCONOCE QUE NO ES POSIBLE CONDENAR A MI REPRESENTADA A PAGAR INTERESES SOBRE SINGUN VALOR"; (vi) "SUBSIDIARIAMENTE EL DESPACHO ERRÓ AL CONDENAR AL ASEGURADOR A PAGAR INTERESES MORATORIOS DESDE LA FECHA DE RECLAMO- DESATENDIÓ LO EXPUESTO EN EL ARTÍCULO 1080 DEL C.Co"; (vii) "EL JUZGADO PASÓ POR ALTO QUE DE NIGUNA MANERA

IV. SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN.

Como fundamento suasorio del recurso de apelación, el recurrente advirtió que debe imponerse la revocatoria de la providencia de primera instancia y en su lugar negarse las pretensiones de la demanda, ya que el Juez de primer de manera errada sustrajo al demandante del deber legal de declarar con exactitud el estado del riesgo al momento de firmar el acuerdo, compromiso que fue desatendido por la tomadora y beneficiaria de la póliza, quien ocultó, y se abstuvo de informar al momento de firmar el acuerdo aseguraticio su estado real de su salud, dado que padecía enfermedades de tipo osteomusculares, como *"Tendinosis del supraespinoso, tenosinovitis tendón largo de bíceps; cambios osteocondrotricos del humero; bursitis subacromial y subdeltoidea; neuropatía focalizada del nervio mediano derecho con grado de comprensión leve"*

Reclama que el sentenciador, ignoró que la prueba documental (solicitud vida integral premium) acredita que la demandante: (i) recibió la información relativa al contrato de manera clara; (ii) diligenció de manera personal y libre el formulario aseguraticio; (iii) fue interrogada por la aseguradora sobre su estado real de salud e informada sobre las consecuencias de faltar a la verdad; (iv) las preguntas contenidas en el formulario fueron claras. Y, aún a pesar de lo anterior, negó que sufría enfermedades de tipo osteomuscular.

Así entonces, alegó que el fallador desconoció que la demandante omitió y faltó a la verdad en las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, por lo que, se configuró la reticencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio, existiendo nulidad relativa por la configuración del vicio del consentimiento como es el error, pues, de conocer la aseguradora el estado real de salud de la demandante hubiera declinado el acuerdo.

Por otro lado, muestra su inconformidad del fallo de primera instancia porque en su criterio, la entidad aseguradora no está obligada a requerir al tomador o beneficiario de la póliza a fin de que aporte la respectiva historia clínica u/o realice exámenes médicos en la etapa precontractual, porque el contrato de seguros está precedido de buena fe y lealtad, la cual, impone en cabeza del tomador el deber de informar su estado real de salud, so pena de las consecuencia fijadas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Discrepa de lo decidido en la sentencia de primer grado, porque se echó de menos, el dictamen pericial aportado en la contestación de la demanda, el cual, demostraba

que, de conocer la asegurada el real estado del riesgo hubiera declinado la celebración del acuerdo.

Respecto de los intereses moratorios reconocidos en la sentencia, establece son improcedentes, en cuanto es inexistente el deber de indemnizar de la aseguradora y es imposible exigir el pago de intereses de mora cuando no se ha demostrado fehacientemente la ocurrencia del siniestro, adicionalmente indica que, el contrato debió declararse nulo.

Seguidamente señaló que incurrió en yerro el fallador, porque no era dable condenar al pago de los respectivos intereses moratorios desde la fecha en que se realizó la reclamación sino a partir del mes siguiente de esta, de conformidad a lo reglado en el artículo 1080 del Código de Comercio.

Finalmente, cuestionó que el juez cognoscente en la sentencia condenó a la aseguradora a pagar un monto superior al límite del valor asegurado, lo cual, a su sentir, rompe el principio de libertad negocial entre el tomador y la aseguradora.

IV.I. ALEGATOS DE LA PARTE NO APELANTE HDI SEGUROS S.A.

La parte no apelante hizo uso de esta etapa procesal con el fin de respaldar los argumentos expuestos por el juez de primera instancia en la sentencia y controvertir los fundamentos del recurso de apelación, en especial, aquellos que indican la mala fe de la tomadora de la póliza y la improcedencia de los intereses moratorios reconocidos en el fallo objeto de réplica.

V. CONSIDERACIONES

V.I. Presupuestos procesales: Con el fin de respetar el principio de la doble instancia procederemos a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, bajo los enunciados normativos de los arts. 320, 321, 322 y 323 del C.G.P; siguiendo el mandato de la ley procesal nos limitaremos a los reparos hechos por los apelantes.

V.II. Problema jurídico: Iníciase el estudio del presente asunto señalando que el punto de inconformidad planteado por la recurrente se centra en el siguiente problema jurídico a saber: determinar si: **(i)** *¿Se encuentra demostrado que la demandante actuó de manera reticente al momento de firmar el pacto aseguraticio?, en consecuencia;* **(ii)** *¿Erró o no el Juez al declarar que BBVA Seguros de vida S.A., está llamada a responder por las pretensiones conforme a la póliza de seguro "VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909?;* **(iii)** *¿hubo indebida valoración probatoria de la pericia aportada por la sociedad demandada?*

Dígase que, el artículo 1045 del Código de Comercio se ocupa de establecer los elementos esenciales de todo contrato de seguro, -esto es- el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador de pagar el siniestro en caso de ocurrir el riesgo amparado, a tal punto que el inciso final de la referida disposición prevé que, *"en defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno"*

El segundo de esos elementos, que es el que suscita la discusión en esta instancia, es definido a voces del artículo 1054 del Código de Comercio como: *"el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador"*.

Entonces, el riesgo asegurado es un fenómeno eventual e incierto que no depende de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario del seguro, pues su ocurrencia esta fuera del margen de acción o control de los sujetos que intervienen en el contrato de esta especialidad.

En efecto, al tratarse de un hecho del que no se tiene certeza si ocurrirá o no, refulge necesario para el asegurador preverlo, de suerte que, pueda de manera anticipada determinar si lo asume y en qué condiciones.

Pues en ejercicio de la libre disposición del consentimiento le es dable al asegurador establecer hasta qué punto compromete su patrimonio frente a la ocurrencia de un hecho incierto generador de la obligación incondicional de indemnizar a la persona beneficiaria del seguro.

El artículo 1058 del Código de Comercio, prevé que *"el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador"*. Por consiguiente, es deber del tomador declarar de manera fidedigna y leal los hechos que debe tener en cuenta el asegurador para establecer si asume o no el riesgo y, de asumirlo en qué condiciones se apropiara de él.

Pues recuérdese que la buena fe se integró como un principio rector de la actividad mercantil, y que este, irradia las relaciones comerciales suscitadas entre los distintos sujetos que participan en el escenario mercantilista, conforme a las previsiones normativas establecidas en el artículo 871 del estatuto comercial.

Precisamente el incumplimiento del deber de actuar con pulcritud y lealtad en las relaciones comerciales trae consigo un conjunto de consecuencias adversar en contra de aquellos sujetos del mercado que infringe o flagelan la buena fe contractual.

Una de estas sanciones es *“la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”*.

La anterior penalidad, que se sanciona legalmente con nulidad relativa, tiene como finalidad remover la afectación que padece la entidad aseguradora en su consentimiento, como consecuencia de la asunción de un riesgo que no debió apadrinar, porque el tomador omitió brindarle información relevante en la etapa precontractual, que, de ser conocida por el ente asegurador, hubiera ocasionado que este declinara el pacto o por lo menos, lo suscribiera bajo condiciones más onerosas.

La sociedad accionada desde la contestación del libelo inaugural viene diciendo que la señora **ASALIA STELLA SÁNCHEZ SÁNCHEZ**, transgredió el principio de buena fe contractual, en la etapa de formación del consentimiento que dio lugar al acuerdo aseguraticio, pues al suscribir las declaraciones de asegurabilidad negó que sufría o había sido diagnosticado con una serie de patologías que afectaban su salud osteomuscular.

Reiteró también, el recurrente que, las afectaciones en la salud de la tomadora y beneficiaria de la póliza, eran conocidas por esta para el momento en que suscribió el acuerdo.

La Sala antes de entrar a estudiar exhaustivamente las particularidades del caso concreto, anticipa que en el sub examen se establecen dos tesis probables, la: (i) primera, sostenida por el Juez de primera instancia, quien cuestionó que la sociedad demandada no actuó como una profesional del ramo con antelación a la suscripción del contrato de seguro, pues debía indagar sobre el estado de salud del asegurado antes de asumir el riesgo; (ii) la segunda proclamada por la apelante, quien resumidamente indicó que, con miras a asumir el riesgo la aseguradora solo le bastaba consultar al tomador de la póliza su estado real de salud y, que este último, debía en ejercicio del deber de buena fe comercial, indicar si sufría preexistencias médicas.

Puestas de esta manera las cosas, esta colegiatura trae a colación las subreglas identificadas por la H. Cortes Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en torno a la correcta interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, jurisprudencia en la que el alto tribunal fijó las reglas hermeneúicas que se deben atender a efectos de determinar en qué eventos hay inexactitud reticencia y bajo qué circunstancias se debe exonerar a la aseguradora del pago de la indemnización prevista en caso de consumación del riesgo asegurado.

Al respecto, se cita lo dicho por la Corte en la sentencia SC 167 de 2023, donde apuntaló:

(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; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpa 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**

suposición de una regla de experiencia, que parte de entender que las personas con sobrepeso tienen otras enfermedades”.

Expuesto lo anterior y al descender al caso concreto encuentra la Sala que, es pacífico entre las partes y no ofrece objeto de discusión lo siguiente:

Que entre los sujetos de la relación jurídico procesal se suscribió un vínculo asegurativo, **VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 00130521052392325909**, en el que se estableció como riesgo asegurable "la incapacidad total y permanente,

desmembración e inutilización” amparada patrimonialmente con un monto asegurado de **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS \$150.000.000,00**. Véase:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
VIDA BÁSICO		\$150.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN E INUTILIZACIÓN		\$150.000.000
ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO)		\$90.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL		\$150.000.000
TRIPLE INDEMNIZACIÓN MUERTE ACCIDENTAL EN VUELO		\$150.000.000
REPATRIACION		INCLUIDO
ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL		INCLUIDO
Modo de Pago: CUENTA AHORROS	Prima Anual: \$1.525.200	Prima Periódica: \$127.100

No es objeto de duda que, la accionante el 10 de febrero de 2022 diligenció solicitud de seguro **VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 00130521052392325909**, en la que, se suscribió como declaración de asegurabilidad, la siguiente:

"¿Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como, Cardiovasculares (hipertensión arterial, ¿infarto al miocardio)? Cerebrovasculares (accidente cerebro vascular-trombosis). Obesidad. Diabetes. Mellitus. VIH POSITIVO- SIDA. CANCER (tumores malignos, linfomas) RENALES. ENDÓCRINAS. METABÓLICAS. NEUROLÓGICAS. AFECCIONES RESPIRATORIAS. OSTEOMUSCULARES. MENTALES PSIQUIÁTRICAS. MENTALES. TRANSPLANTE DE CUALQUIER ORGANO. TRANSTORNO IMUNOLÓGICO. CONGENITAS. ADICCIONES. ¿CEGUERA- ¿SORDERA, y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistente a la fecha de firma de esta solicitud?

Que la respuesta dada por la tomadora al cuestionario fue negativa, VER:

Declaración de asegurabilidad
<p>Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como, Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebro vascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Rensales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congenitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y, en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistente a la fecha de la firma de esta solicitud?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.</p>

Está acreditado de igual forma que, la actora para la fecha de suscripción del acuerdo de asegurabilidad padecía enfermedades diagnosticadas, tales como **"TENDINOSIS DEL SUPRA ESPINOSO, TENDINOVITIS TENDON LARGO BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO, BURSITIS SUBACROMAL Y SUBDELTOIDEA" (FECHA DE DIAGNOSTICO 7/12/2021); "NEUROPATÍA FOCALIZADA DEL MEDIANO DERECHO CON GRADO DE COMPRENSIÓN LEVE" (FECHA DE DIAGNOSTICO 29/07/2021)**

En consideración, a lo debidamente comprobado dentro del proceso, la Sala entra a realizar un estudio de las subreglas señaladas por la H. Corte Suprema de Justicia en la jurisprudencia transcrita up supra, a fin de establecer si **ASALIA STELLA SÁNCHEZ SÁNCHEZ**, tomadora y beneficiaria del seguro tuvo un comportamiento

reticente, y, si por tanto era viable declarar probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguros referido dentro del comentado litigio.

Habría que decirse sin ninguna duda que, primero, la actora incumplió la obligación legal de declarar sinceramente el estado del riesgo, desatendió el deber que tenía de actuar acorde a los postulados de buena fe, lealtad, probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución.

Segundo, debe tenerse en cuenta que aun cuando la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora, en este caso, esta última está relevada de probar que: (i) **ASALIA STELLA SÁNCHEZ SÁNCHEZ**, actuó de mala fe; y que (ii) de conocerse el estado real de salud de la tomadora y beneficiaria hubiera declinado la celebración del acuerdo por ser la patología **trascendente** a la hora de formar su consentimiento, porque en estos eventos **"de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento"**.

Lo anterior, indicaría que, debe declararse la nulidad del contrato asegurativo, no obstante a pesar de las anteriores elucidaciones, se dirá que, de conformidad a la última subregla establecida en la doctrina jurisprudencial **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.**

En amplitud de la aludida pauta, el alto tribunal explicó que:

"La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo".

En este caso específico, para la Sala, se cumplen los presupuestos necesarios para concluir que, la aseguradora debió actuar con conocimiento presuntivo o presunto

sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad realizada por la tomadora de la póliza y, en efecto, debió obrar con cautela a fin de identificar el real estado del riesgo, porque dada las particularidades del caso concreto, existían circunstancias que le permitían advertir, que lo plasmado expresamente por el tomador en el documento de asegurabilidad iba en contravía de la realidad que se ocultó al momento de firmar el acuerdo.

Y, es que, la máxima de la experiencia, indica que las afectaciones médicas de estirpe osteomuscular son generalmente notorias al público, lo que significa que los funcionarios de la aseguradora podían percibir sensorialmente el estado de salud de la tomadora y así sospechar que lo narrado en la declaración de asegurabilidad no era acorde al real estado del riesgo, máxime, cuando, existe cercanía entre la fecha de diagnóstico de las patologías (**7/12/2021**), fecha de suscripción del acuerdo (**10 de febrero de 2022**) y fecha de estructuración de la invalidez (**03 de agosto de 2022**)

Basado en esta misma regla se infiere razonadamente que, las lesiones musculoesqueléticas generalmente pueden ser tan notorias porque generan en quien las padece sensaciones de dolor y molestias, limitación del movimiento, inflamación y, hinchazón, pérdida de fuerza y función, entre otras afectaciones.

Autores como el tratadista Manuel de Plaza, han abordado el estudio de la sana crítica de la siguiente manera:

«La dogmática parece inclinada a catalogar bajo la expresión máximas de la experiencia, ciertas normas de estimación y valoración inducidas de las realidades prácticas de la vida, que son fruto de la observación de los hechos que acaecen en la vida social. CHIOVENDA, cuando se ocupa de ellas, precisamente al tratar de la casación, dice que el concepto es equivalente al de <<juicios generales, no privativos de la relación jurídica de que se trate, fundados sobre la observación de lo que comúnmente acontece y que, como tales, pueden hacerse en abstracto por cualquier persona sana de mente y de un nivel medio de cultura>>. Y, por su parte, GAUPP-STEIN, en sus comentarios a la ordenanza procesal alemana, las define de este modo: <<reglas de la vida y de la cultura general formadas por inducción, mediante la observación de la práctica y las reglas especiales de la técnica de las artes, en las ciencias y en la vida social, en el comercio y en la industria, que implícitamente, sin relación directa con el caso concreto debatido, se aplican siempre en el proceso, como premisas de los hechos litigiosos>>» **DE LA PLAZA, Manuel. La Casación Civil. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado. Reimpresión 2021, Págs. 263 y 264.**

En la sentencia puesta de relieve la H. Corte Suprema de Justicia, respaldó el raciocinio efectuado por un Ad quem en un asunto de contornos similares al presente, en donde el respectivo tribunal, concluyó, con base en la máxima de la experiencia que, dada la condición de obesidad del asegurado, el asegurador podía sospechar la existencia de otras patologías conexas, para determinar que, en ese caso, no había lugar a imponer la sanción de nulidad relativa del acuerdo dada la reticencia del tomador. Esto dijo la Corte:

"De acuerdo con estas pautas, no se advierte que la regla de la experiencia que el juzgador empleó para deducir que la aseguradora podía sospechar de la existencia de potenciales patologías en cabeza del tomador, sea absurda, ilógica, irrazonable o contraria al sentido común, habida cuenta que la obesidad ha sido considerada, en contextos sociales y científicos, como un problema de salud pública, precisamente porque constituye tanto una enfermedad, en sí misma, como una condición que coadyuva al surgimiento o agravación de otro tipo de padecimientos.

La razonabilidad de esta regla no se desdice, aduciendo que supone que una persona obesa siempre está enferma, pues se insiste en que las máximas de la experiencia son inducciones que realiza el juzgador sobre asuntos que generalmente suceden, sin que esto implique negar la posibilidad de que concurran circunstancias de excepción, lo cual pudo demostrarse durante la instancia, pero no se hizo; tampoco puede tildarse de ilógica, argumentando que comporta un trato discriminatorio en perjuicio de los individuos obesos, ya que no se observa que las diferencie con los sujetos delgados en torno al otorgamiento de una prestación, o que mancille el principio de igualdad ante la ley".

Recuérdese lo dicho, por la parte actora en la demanda y en el interrogatorio de parte, donde señaló que para el momento en que suscribió el acuerdo asegurativo usaba un cabestrillo en el brazo derecho, hecho este que no fue infirmado por la parte demandada.

En efecto, la sociedad demandada, no se comportó como una profesional del ramo, la cual debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; y, no atenerse únicamente a lo dicho en la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando en casos como el aquí estudiado, se presentan circunstancias que permitan conocer, el verdadero estado del riesgo, por lo menos realizar algún tipo de somera averiguación para establecer aquella verdad.

Del mismo modo H. Corte Constitucional, ha dicho que, es deber de la aseguradora:

*"desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de la reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador, informar sinceramente sobre su estado de salud- en otras palabras, **elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales-** b) **solicitar la autorización de la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado,** para poder establecer las condiciones contractuales y; c) **algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado.** (Corte Constitucional, Sentencia T-027 de 2019)*

Lógica reiterada en la sentencia T-025 de 2024, donde el órgano de cierre de la jurisdicción Constitucional en sede de tutela expuso que:

De otro lado, la jurisprudencia constitucional y ordinaria ha sostenido que la aseguradora tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad. Este deber está fundado en que "la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y en la etapa precontractual". En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocían sobre los vicios de la declaración (*vgr.* **preexistencias que no fueron informadas u otro tipo falsedades**) **por el tomador y, por lo tanto, está imposibilitada para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato.** Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el *conocimiento presunto o presuntivo* del estado del riesgo o los vicios de la declaración

En tono con lo dicho, esta agencia judicial, encuentra que la decisión del iudex cognoscente se encuentra ajustada a derecho, pues aún en el evento de existir mala fe o reticencia por parte del tomador, no era procedente declarar la nulidad del acuerdo aseguraticio, porque la aseguradora al momento de suscribir el pacto no se

comportó como una profesional del ramo con el fin de indagar sobre el estado real del riesgo, por lo que, en palabras de la Corte Suprema de Justicia, ***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.***

DE LA VALORACIÓN PROBATORIA DEL DICTAMEN PERICIAL.

Por otro lado, la Sala, encuentra que no hubo indebida valoración probatoria del dictamen aportado por la sociedad demandada, como quiera que, sin bien es cierto, en él medio de prueba se concluyó que, de conocer la aseguradora el estado real de salud de la tomadora y beneficiaria del seguro se hubiera abstenido de suscribir el acuerdo, la prueba en lo esencial no es conducente para determinar la *lid* dentro del presente proceso, que era establecer, si la aseguradora actuó de manera diligente al momento de asumir el riesgo, porque, como ya se dijo, no basta que la aseguradora se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, **o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.**

IMPROCEDENCIA DE CONDENAR INTERES MORATORIOS EN ESTE CASO.

El apoderado judicial de la sociedad demandada alega que en este caso no se podía condenar a su representada al pago de los intereses moratorios previstos en el artículo 1080 del Código de Comercio, porque sobrepasan el límite del monto asegurado.

En sustento, invocaron como fuente normativa el artículo 1079 del Código de Comercio, que establece:

Artículo 1079. Responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.

Dígase que, por mandato del artículo 1080 del Código de Comercio, modificado por la ley 45 de 1990, artículo 83 inciso primero, es procedente el pago de intereses moratorios a cargo de la aseguradora y en favor de asegurado, importe que se hace

exigible a partir del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro.

Al respecto, señaló la referida normatividad:

"Artículo 1080. Plazo para el pago de la indemnización e intereses moratorios. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad".

Para la colegiatura, no es procedente revocar la condena que impuso el a-quo por concepto de intereses moratorios, con fundamento en lo sustentado en apelación, pues si bien, en lo que respecta a la indemnización por el valor asegurado, la suma máxima que puede llegar a pagarse a título de resarcimiento es la suma indicada en el contrato, no sucede lo mismo, frente a aquellas erogaciones económicas que están a cargo de la aseguradora y que encuentran su fuente en una causa distinta a la del contrato, como sucede por ejemplo, con los intereses moratorios, los cuales sin lugar a duda encuentran su origen en la ley, como consecuencia del incumplimiento injustificado de las obligaciones legales y contractuales que emanan de determinado acuerdo de voluntades.

Pese a lo anterior, la Sala, en aplicación de criterios hermenéuticos propios de la actividad judicial como lo son la equidad, la justicia, y la proporcionalidad entre otros principios generales del derecho, encuentra procedente dejar sin efecto la condena al pago de intereses moratorios impuesta en la sentencia objeto de examen.

Pues si se observan de manera razonada las particularidades del caso concreto, se identifica que, en este caso, la negativa de la excepción denominada nulidad relativa del contrato de seguros obedeció a la aplicación de una subregla establecida por la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil en la sentencia SC 167 2023, de la que se concluyó que aún en el evento de que existía reticencia no había lugar a imponer como sanción la nulidad relativa.

En principio el actuar de la aseguradora al momento de negar el pago de la indemnización prevista en la póliza se fundamentó de manera razonada en la existencia de hechos que configuraban reticencia y no como consecuencia de un actuar desobligante frente a los deberes generados por la ocurrencia del siniestro.

En efecto, condenar a la sociedad demandada al pago de intereses moratorios en casos como estos resulta ser desproporcionado y carente de razonabilidad, es más, admitir lo contrario rompe el equilibrio contractual entre el tomador del seguro y la aseguradora, pues la consecuencia sería excesivamente gravosa para quien, si bien no actúo como una profesional del mercado aseguraticio al momento de suscribir el acuerdo, actúo con fundamento en la presunción de buena fe que le asistía a la señora **ASALIA STELLA SÁNCHEZ**, la cual desatendió.

Por lo anterior, se revocará parcialmente el numeral tercero de la sentencia apelada solamente en lo que se refiere a la condena impuesta por concepto de intereses moratorios, en lo demás, será confirmada.

VI. COSTAS.

Por último, no habrá condenas en costas por haber prosperado parcialmente el recurso de apelación.

VII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Cuarta de Decisión Civil - Familia - Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Montería administrando justicia, en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

F A L L A:

PRIMERO: REVOCAR parcialmente el numeral tercero de la sentencia apelada solamente en lo que se refiere a la condena impuesta por concepto de intereses moratorios, de conformidad a lo anotado en la parte motiva de esta providencia.

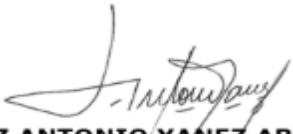
SEGUNDO: CONFIRMAR en lo demás la providencia apelada, inclusive, lo ordenado en el numeral tercero que no fue objeto de revocatoria.

TERCERO: Sin costas en esta instancia. Conforme lo considerado.

CUARTO: Oportunamente vuelva el expediente a su Juzgado de origen.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
LOS MAGISTRADOS**


CARMELO DEL CRISTO RUIZ VILLADIEGO
Magistrado



CRUZ ANTONIO YANEZ ARRIETA
MAGISTRADO



PABLO JOSÉ ALVAREZ CAEZ
Magistrado